متحدو الإعاقة

من منظور الخدمة الإجتماعية

دكتـــور

عبد المحى محمود حسن صالح

أستاذ م. ورئيس قسم مجالات الخدمة الإجتماعية

[illegible] دمة الإجتماعية بالاسكندرية



متحدو الإعاقة
من منظور الخدمة الاجتماعية

دكتور
عبد الحى محمود حسن صالح
أستاذ.م. ورئيس قسم مجالات الخدمة الإجتماعية
المعهد العالى للخدمة الإجتماعية بالإسكندرية

١٩[illegible]

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبى - ت ٥٩٧٣١٤٦

• بسم الله الرحمن الرحيم •

أَهُمْ يَقْسِمُونَ رَحْمَتَ رَبِّكَ ۚ نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُم مَّعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا ۚ وَرَفَعْنَا بَعْضَهُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ لِّيَتَّخِذَ بَعْضُهُم بَعْضًا سُخْرِيًّا ۗ وَرَحْمَتُ رَبِّكَ خَيْرٌ مِّمَّا يَجْمَعُونَ ﴿٣٢﴾

صدق الله العظيم

سورة الزخرف (آية ٣٢)

تقديم

يعتبر النصف الثانى من القرن العشريين هو البداية الحقيقية لتوجيه أوجه الرعاية المتكاملة لفئات المعوقين، وقد بدأ الاهتمام بهم فى أعقاب الحرب العالمية الأولى والثانية وما خلفهما من تزايد فى أعداد المصابين والمشوهين من ذوى العاهات، بعد أن واجهوا العديد من مشكلات الإهمال والاضطهاد فى العصور القديمة.

ففى كل من مجتمعات أسبرطة وروما والجزيرة العربية إلى جانب العديد من القبائل فى جميع بقاع العالم لاقى المعوقين شتى الوان التعذيب فكانوا . يتركون جوعاً حتى الموت أو يوأدون هم وأطفالهم خوفاً على المجتمع من شرورهم ومشكلاتهم.

وبظهور الديانات السماوية السمحة وما تحمله من تعاليم دينية من عدل وايخاء وتسامح ومحبة ... الخ، كان الاهتمام بهؤلاء المعوقين وحقهم على المجتمع فى مساعدتهم وحقهم فى الحياة من خلال التكافل الاجتماعى والمساواة بين الجميع بدون تفرقة بين الفقير والغنى والقوى والضعيف والأبيض والأسود، بل نادى الدين الإسلامى بضرورة توفير أوجه الرعاية الاجتماعية للمعوقين والفقراء وذوى الحاجات الخاصة.

ويشهد القرن الحالى إهتماماً ملحوظاً برعاية المعوقين وذوى الحاجات الخاصة على المستوى العالمى، وأصبحت الرعاية الاجتماعية من أهم البرامج التى تأخذ مكان الصدارة للمعوقين فى العالم المتقدم والنامى المتخلف بهدف التخطيط الواعى لاحداث التغيير المقصود لايجاد التوافق بين أداء الانسان لأدواره ووظائفه الاجتماعية وبين بيئته التى يعيش فيها وليدرك الانسان المعوق أنه يملك قدرات وطاقات هائلة اذا ما تم تأهيله وتوجيهه وتدريبه لأصبح إنسانا منتجاً لا يختلف عن غيره من الاسوياء.

ولقد كان لظهور الصناعات الحديثة وإستخدام التكنولوجيا المتقدمة أثره على زيادة نسبة المعوقين فى العالم وما ينتج عن الإعاقة من مشكلات

إجتماعية وأسرية واقتصادية .... الخ، كان لها أكبر الأثر فى صدور العديد من التشريعات القومية والعالمية لتوجهيه الاهتمام بالمعوقين، وزيادة المؤسسات الخاصة برعايتهم.

ويعتبر عقد الثمانيات من هذا القرن من أكثر المراحل فى تاريخ تطور سياسة رعاية المعوقين على المستوى العالمى بأسرة، حيث أعتبر عام ١٩٨١ عاماً دولياً لرعاية المعوقين.

وبالرغم مما تقدم لا قى المعوقين الوان من الرعاية المختلفة فى المجتمع المصرى منذ العصر القديم وحتى الآن، وتزايد هذا الاهتمام بعد ثورة ١٩٥٢ بصدور قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠، والقانون رقم ٩١ عام ١٩٥٩، كما كان لحرب أكتوبر عام ١٩٧٣ وما قدمه الجيش المصرى من تضحية وفداء لتحقيق النصر العظيم أكبر الأثر فى تزايد الاهتمام بالمعوقين وتوفير كافة الرعاية لهم وذلك بصدور قانون التأهيل رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ والقانون رقم ٤٩ لعام ١٩٨٢، وصدور إعلان رئيس الجمهورية باعتبار السنوات العشر ١٩٨٩ - ١٩٩٩ عقداً لحماية الطفل المصرى، والتى نصت فى أحد بنوده على توفير القدر المناسب من أوجه الرعاية للأطفال المعوقين.

واذا كانت الخدمة الاجتماعية بطرقها الرئيسية تسعى فى هذا المجال إلى تمكين المعوق من الاستفادة بفرص العلاج لاقصى حد ممكن بغية التغلب على ما خلفته الاعاقة من آثار سيئة، فإنها تسعى إلى دفع عجلة التنمية من خلال التعامل المبنى على أسس علمية مع تحدياتها التى من شأنها أن تجهض البرامج التنموية وتعتبر الاعاقة وما تتركه من آثار سيئة على المعوق وأسرته من أهم تحديات التنمية فى هذا العصر.

ونظراً لأهمية دور الخدمة الاجتماعية فى مجال تأهيل ورعاية المعوق كان موضوع هذا الكتاب، حيث اشتمل على عشرة فصول:

ناقش **الفصل الأول** التطور التاريخى لرعاية المعوقين، حيث إشتمل على تطور رعاية المعوقين فى العصور القديمة، وفى ظل الديانات السماوية وفى العصر الحديث مع توضيح لمشكلة وحجم المعوقين عالمياً ومحلياً.

وتناول الفصل الثانى دراسة للمفهومات النظرية المرتبطة بالمعوقين حيث احتوى على مفاهيم الخدمة الاجتماعية، والرعاية الاجتماعية، والشخصية، التكيف والتوافق الاجتماعى، والتأهيل، ومفهوم الحاجات والمشكلات الفردية، ومفهوم الدور والاعاقة.

وأهتم الفصل الثالث بموضوع العوامل المسببة للاعاقة، حيث اشتمل على أسباب الاعاقة وتضيف الاعاقة الجسمية والحسية والعقلية.

أما الفصل الرابع، فتناول أنواع الاعاقات الحسية، وأختص بشرح مفصل للاعاقة البصرية من حيث الأسباب، وشخصية الكفيف وبرامج رعايته، ودور الخدمة الاجتماعية مع هذه الإعاقة.

وناقش الفصل الخامس موضوع الاعاقة السمعية من حيث المفهوم والأسباب المرتبطة بالاعاقة ، والعلاقة بين الصمم والكلام، واحتياجات المعوق سمعياً وأوجه البرامج المقدمة لهم.

وأختص الفصل السادس بموضوع الاعاقة العقلية (الضعف العقلى) حيث إحتوى على مفهوم الاعاقة وتصنيفاتها والعوامل المسببة لها، ومشكلات الضعف العقلى، وتبيان أوجه برامج الرعاية الاجتماعية المقدمة لضعاف العقول.

أما الفصل السابع فتناول موضوع الاعاقة الجسمية (مبتورى الاطراف) حيث ناقش مفهوم البتر وأسبابه، وإحتياجات المعوق جسمياً، ودور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين حركياً.

وتناول الفصل الثامن موضوع تأهيل المعوقين حيث احتوى على مفهوم التأهيل وفلسفته ومشكلات المعوقين واحتياجاتهم، ووسائل ومبادئ التأهيل المهنى وخطواته.

أما الفصل التاسع فاهتم بموضوع الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين حيث إحتوى على مفهوم ووظائف الخدمة الاجتماعية للمعوقين، وتناول بشئ من التفصيل إسهام طرق الخدمة الاجتماعية فى هذا المجال.

أما **الفصل العاشر** الأخير فاختص بعرض لنماذج من المؤسسات المتخصصة فى رعاية المعوقين سواء فى محافظة الاسكندرية أو القاهرة، مع عرض لبعض القوانين والقرارات الوزارية الصادرة بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم.

وأتمنى من الله العلى القدير أن أكون قد استطعت أن أقدم ما يفيد طلاب الخدمة الاجتماعية والمهتمين المخلصين فى هذا المجال.

والله ولى التوفيق ،،،

المؤلف

محتويات الكتاب

الموضوع

الفصل الأول

التطور التاريخي لرعاية المعوقين

الفصل الثانى

دراسة حول المفهومات النظرية

الفصل الثالث

العوامل المسببه للاعاقة

الفصل الرابع

الاعاقات الحسية (كف البصر)

الفصل الخامس

الاعاقة السمعية

الفصل السادس

الاعاقة العقلية (الضعف العقلي)

الفصل السابع

الاعاقات الجسمية (فئة مبتورى الاطراف)

الفصل الثامن
تأهيل المعوقين

الفصل التاسع
الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين

الفصل العاشر
المؤسسات المتخصصة فى رعاية وتأهيل المعوقين

الفصل الأول
التطور التاريخي لرعاية المعوقين

تقديم

- رعاية المعوقين فى العصور القديمة.
- تطور رعاية المعوقين فى ظل الديانات السماوية.
- تطور رعاية المعوقين فى العصر الحديث.
- حجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً.

المراجع

التطور التاريخى لرعاية المعوقين

تقديم

عانى المعوقين في التاريخ القديم من الاضطهاد والإهمال، فكانوا يتركون للموت جوعاً أو يؤدون منذ طفولتهم، وشهد ذلك مجتمعات روما واسبرطة والجزيرة العربية إلى جانب العديد من مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية فى كل من مصر والهند.

ولقد جاءت الشرائع السماوية وحثت على إحترام الإنسان وانتشار المحبة والتسامح ورعاية المرضى وذوى العاهات لمساعدتهم للقيام بمواجهة حياتهم وتوفير أوجه الرعاية لهم.

وأخذ عدد المعوقين فى الازدياد وخاصة بعد الحرب العالمية الأول، وتم البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، وبدأ التأهيل مصحوباً بصبغة اقتصادية تدعو إلى الاستفادة من طاقات المعوقين المهنية فى الإنتاج، وأنشأت أولى معاهد التأهيل المهنى بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٠، واستمرت الدعوة إلى اعقاب الحرب العالمية الثانية، وصحب ذلك التطور الهائل فى الجراحة الذى جاء نتيجة للتدمير البشرى الذى حدث فى الحرب العالمية الأولى، والتطور فى صناعية الأجهزة التعويضية الذى صاحب التطور التكنولوجى بصفة عامة، وجاء إعلان حقوق الإنسان الصادر عن هيئة الأمم المتحدة نقطة تحول هامة فى إتجاهات المجتمعات نحو أبنائها فحلت النظرية الاجتماعية الإنسانية محل النظرية الاقتصادية، وأصبحت الدعوة لرعاية المعوقين وتأهيلهم إجتماعيا ليعودوا أفراداً منتجين مندمجين فى مجتمعاتهم، يتمتعون بالكرامة والسعادة وحقوق المواطنة كغيرهم من المواطنين.

ولم يتخلف المجتمع المصرى لمسايرة هذا التطور، بل نستطيع القول أن المعوقين وجدوا كل الرعاية الإنسانية فى المجتمع المصرى منذ العصور القديمة وإزدادت هذه الرعاية بتعاليم الدين الإسلامى، وبعد الحروب المتعاقبة التى خاضها الشعب المصرى وتتوجت بانتصار اكتوبر عام ١٩٧٣، اذا زاد

الإهتمام برعاية المعوقين على كل المستويات وفى شتى محافظات مصر وصدر العديد من القوانين والقرارات الوزارية بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم.

وسنحاول فى هذا الفصل تقديم عرض موجز عن التطور التاريخى لرعاية المعوقين سواء فى العصور القديمة، أو فى ظل الاديان السماوية، وأوجه الرعاية المقدمة لهم فى العصر الحديث، كما سنشير باختصار عن حجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً.

رعاية المعوقين فى العصور القديمة:

لم يكن الاهتمام الذى أبداه العالم حديثاً لموضوع الاعاقة وضرورة تكثيف الجهود لتقديم الرعاية اللازمة بمختلف جوانبها لفئات المعوقين وليدة المصادفة البحتة أو بدافع الرغبة فى دمج فئاتهم فى المجتمع الكبير شفقة عليهم بقدر ما كان إستفاقة من سبات طويل، وتصحيحاً لمجموعة من الأخطاء التى تراكمت فأحاطت بالمعاق وأمسكت بناصيته وعرقلت مسيرتة الطبيعية عبر قرون عديدة من الزمن، وتشير المصادر التاريخية إلى معاناة المعاق فى جميع العصور الماضية من نظرة المجتمع السلبية نحوه، ومن جراء القوانين والقواعد الظالمة التى جعلت منه هدفاً للتنفيس من النزعات العدوانية فى المجتمع بشكل أو آخر نتيجة للخوف والجهل من جهة، ونقصان المعلومات من جهة أخرى. وتشير الكتابات إلى المآسى التى تعرضت لها بعض فئات المعوقين وبعض ذويهم وأقربائهم وقد أرجع الناس من قديم الزمان شذوذ تكوين المخلوقات الى قوى غيبية، أو تصورات غير منطقية، فأقدم تسجيل لمثل هذه الحالات ما ورد على لوح فخار إكتشفت فى العراق، ويرجع تاريخها إلى حوالى ألفى عام قبل الميلاد، أى فى عهد آشور بانيبال ملك نينوى، وفيها ذكرت بعض حالات شواد المخلوقات، وما صاحب ولادتها من أحداث أعتبروها نذير شؤم بمقدمها إلى الحياة أو هى دلالة على غضب الآلهة. ولهذا كان من عادة القدماء أن يقتلوا كل وليد يجئ بشئ شاذ فى جسمه، وأحيانا ما يحكمون بالموت على أمه. ظنا منهم أن ذلك إرضاء لآلهتهم الغاضبة[1].

وكانت الاعاقات (العمى، القصر ...) مرتبطة فى العصور الأولى بغضب الآلهة وأن الرجوع إلى الميثولوجيا اليونياية والرومانية والجرمانية يساعد الدارس على الوقوف على فئات الأساطير من هذا النوع . وكان العمى بصفة خاصة مرتبطاً بإنتقام الآلهة التى حرمت عبدها من نورها ومن التمتع بجمال كونها نتيجة فواحش إرتكبها أو قربان لم يقدمه لها. أما الإعاقة الذهنية فكانت مرتبطة بعالم الشياطين .... لذا تحتم أن يبعد ذو الاعاقة الذهنية من عالم الإنس.

كانت كل فئات المعوقين منبوذة من المجتمعات القديمة فى أوربا، وقد ظلت هذه النظريات المتعلقة بالاعاقة سائدة حتى منتصف القرون الوسطى حيث كانت الكنيسة تقول بأن المرض بجميع أنواعه قصاص على ما إقترفة الإنسان من ذنوب. وإن الاعاقة تقهقر فكرى تضعف فيها الروح وتسيطر عليها المادة.

كانت مواجهة الإنسان للمشاكل منذ فجر التاريخ تكسوها مسحة التعليلات الخارقة للطبيعة ، فكان ينظر إلى المعوقين على أساس أنهم فئة شاذة ولذا وفقا لقاعدة البقاء للأقوى. فقد كان هؤلاء يتعرضون للموت تحت وطأة الظروف المناخية الصعبة، أو بسبب عدم قدرتهم على مواجهة أعدائهم والتغلب عليهم[٢].

وتباينت نظرة المجتمعات الإنسانية عبر العصور للمعوقين وعلى الرغم من هذا التباين إلا أنها إتفقت على إبعاد فئة المعوقين عن المجتمع وذلك لإختلاف النظرة إليهم من مجتمع إلى مجتمع ومن عصر إلى عصر وقد وصل الحال ببعض المجتمعات لتعريض الأطفال المعوقين للمخاطر والموت حتى يتخلصون منهم، حيث كان المبدأ السائد فى تلك المجمعات أن البقاء للأصلح وانتشر هذا المبدأ الأسبرطى وساد بعض المجتمعات، ولقد كانت الدولة فى اسبرطة تعتبر أن الفرد ملكا للدولة منذ مولده، وهذا كان يعطيوها الحق فى تقرير مصيره، وأن تقرر إذا كان هذا الفرد يستحق أن يحيا أو أن يموت ويقرر ذلك ويحدده مجلس من المسنين، فإذا وجدوا أن الطفل ضعيفاً

أو معيبا خلقياً تركوه فى العراء فترة من الوقت فإذا إستطاع أن يتغلب على مايواجهه من صعوبات ومشاكل ومعوقا بما فيها العوامل الجوية سمحوا له بالحياة، وإلا تخلصو منه حتى لايعيشوا ضعيفا[٣]

ونجد أن لايكروس Lucuryus فى العام التاسع قبل الميلاد يتخلص من الصم والبكم والمكفوفين والمتخلفين عقليا، فكان الأطفال الصم يدفنون أحياء، أما الأطفال المتخلفون عقلياً فكانوا يعزلون فى مناطق نائية بعيدة عن الدولة وذلك فى مستعمرات خاصة بهم حيث كان يمنع إختلاطهم أو إندماجهم فى المجتمع حتى لايتزوجون منهم حفاظاً على قوة وصلاح المجتمع.

أما فى أثينا فى فترة حكم سولون Solon ٦٤٠ ق.م وكذلك فى أيام أفلاطون Plato (٤٢٠ - ٣٤٧ق.م) كان المعوقين يعتبرون ضرراً على الدولة حيث أن وجودهم يعوق قيامها بوظيفتها وأن السماح لهم بالتناسل والإنجاب يؤدى إلى إضعاف كيان الدولة، ولأن أفلاطون كان يهدف إلى تكوين دولة قوية تقوم على أساس سمو وإرتقاء العقل، وصحة الجسم، وخلوه من الأمراض، فأدى ذلك بأفلاطون إلى نفى كل من لديه عجز أو عاهه إلى خارج الدولة مع عدم السماح له بالدخول إلى «آثينا» نهائياً حتى لايصبح فى المجتمع سوى الأذكياء والأصحاء والقادرون على الإنتاج والعمل والتفكير والدفاع عن الدولة.

ولقد وجه «أيروبيدس» Euripids (٤٨٥ - ٤٠٦) ق.م الأفراد الذين يعانون من العمى إلى الإنتحار والتخلص من حياتهم، ولقد جرت العادة فى بعض الأحيان أن يقتل الفرد الذى يعانى من العرج.

وفى حكم الرومان نجد أن الأسرة إذا رزقت بطفل وضع تحت قدم والده فإن رفعه الأب عن الأرض أصبح عضوا فى الأسرة، أما اذا أعرض عنه بسبب تشوة فى خلقته أو عجز فى تكوينه ألقى به فى عرض الطريق فاذا كتبت له الحياة أصبح من المضحكين أو من الرقيق[٤].

ولقد إصطبغت الدولة الرومانية بصبغة عسكرية وكان المبدأ الذى تؤمن به هو البقاء للأصلح كما أن هذا المبدأ ساد معظم الدول فى هذا الوقت ، حيث كانوا يتخلصون من الضعفاء من المواطنين لتحتفظ الأسرة بمنزلتها وكى تخلو من الأفراد الشواذ، وقد منح القانون الرومانى الأب حرية التصرف فى الأبناء الضعفاء بإلقائهم فى البحر، ومن تكتبت له الحياة منهم فكان يحترف التسول، وقد دفع ذلك بعض الآباء ببيع أطفالهم غير الأصحاء والمشوهين والمتخلفين عقلياً(٥).

ولقد بلغت الصورة أسوأها عندما سادت نزعة القوة عند الرومان القديم وأصبح إفتراس الأسود للبشر الضعفاء وسيلة للتسلية عند الملوك والأباطرة. إلا أن هذا لم يمنع من ظهور ألوان متناثرة لرعاية المعوقين فى بعض الظروف وخاصة لطبقات السادة، وما نادت به «آلهة الخير» من دعوات لحماية ضعف الإنسان وعجزة، كما أدت «قوانين سولون» الاشتراكية عند الرومان القديم وإنتهاء حكم الاباطرة إلى ظهور بعض الأعمال الخيرة كانشاء ملاجئ لليتامى والعجزة وخاصة إبان حكم الامبراطور «تراجان».

ومنذ هذه الحقبة حتى بدء ظهور الأديان السماوية، اليهودية فالمسيحية فالاسلام إنطوى الفكر الإنسانى لتسود مرة أخرى الفوضى العقلية ولتتعثر جهود العناية المنظمة بالمعوقين.

ففى محيط العالم العربى قبل الأديان سادت الوثيقة وعبد بعض العرب النجوم والكواكب والشمس وظهرت الديانة الزراد تشية «المجوسية عبدة النار» وتصارعت الحضارات الأشورية والبابلية والآرامية والفينيقية وسادت فى العصور الجاهلية نزعات التقاتل والصراع القبلى على الزعامة والسقاية والتجارة فى بيئة جدباء فقيرة تفتقد الحياة وموارد الحياة لتسود مرة أخرى فلسفة القوة ونبذ الضعفاء إستجابة لمتطلبات الصراع المعيشى.

ويذكر المسعودى أن عرب الجاهلية عرفوا التفاخر بين القبائل بخلوها من أصحاب العاهات والعناصر الضعيفة، كما كانت عادة «وأد البنات» تجسيداً لمنطق القوة الذى ساد مناخ هذه الحقبة.

كما سادت فى الهند صراعات البراهمة والبوذية والنظام الطبقى المغلق Claste إلى إستسلام للعجز بدعوى التسليم بالآلم والعجز كتعبير عن الأخلاق الفاضلة، ومن ثم عرفت الهند «الفقير الهندى» وإحتفالات تعذيب الجسد لتطهيرها من الآثام.

ولكن مع ظهور الأديان السماوية، ظهرت لأول مرة تشريعات قد سية محددة تقرر حقوقاً للعجزة والضعفاء واليتامى والأرامل وأبناء السبيل، فظهرت مفاهيم الرحمة والسلام والتسامح والخير كمعانى مجردة على الإنسان إعتناقها[٦].

- رعاية المعوقين فى ظل الديانات السماوية:

وفى القرن السادس قبل الميلاد حيث الديانة الموسية فى الشرق الأوسط والأدنى فقد حظى المعوقين بشئ من الرعاية والاهتمام عن نظرائهم فى أوربا حيث إهتمت الرسالة الموسية بهذه الفئة ونبهت أن مايصيب الإنسان من صمم أو عاهة إنما هى إرادة الله، كما جعلتهم الديانة البوذية أيضاً فى الهند والصين ضمن أبناء بوذا وأوصت بمد يد المعاونة والمساعدة لهم ليتقرب الإنسان إلى بوازا[٧].

ولقد نهت الديانة اليهودية عن قتل الطفل الكفيف لأنه هبة من الله ويجب المحافظة عليه ورعايته وحسن معاملته تقرباً لله.

وفى الديانه المسيحية وإنتشار مبادئها السمحة التى تقوم على الرحمة والمحبة بين الناس جميعاً، فلقد نادت بقيمة الفرد بعيداً عن نظرة التقليل من قدره، وبغض النظر عن لونه أو جنسه أو سلالته أو نوعه ومكانته الإجتماعيه، وجاهدت فى سبيل منع عادة وأد الأطفال الضعفاء والمتخلفين عقلياً والمشوهين، فتغيرت نظره المجتمعات لهؤلاء الضعفاء فأصبحوا موضع شفقة ورحمة وعطف ومحبة ورعاية وإحسان وحسن معاملة الآخرين.

ولقد أنشأ القديس «برتران أسقف لومان» داراً خيرية للمكفوفين لتعليمهم الطقوس الدينية المسيحية، وتلى ذلك إنتشار الملاجئ فى أغلب دول العالم وذلك بهدف توفير أوجه الرعاية المختلفة لذوى العاهات[٨].

وعندما جاء الإسلام نادى بعدم التفرقة بين البشر، وطالب بإقامة المساواة بينهم، كما أكد على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله وليس بمقدار طوله أو وزنه أو كيفية تركيب أعضائه، وأن من يفعل غير ذلك فهو غير مقبول عند الله، ويشير القرآن الكريم إلى هذا المعنى.

«عبس وتولى أن جاءه الأعمى، وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنفعه الذكرى، أما من إستغنى فأنت له تصدى، وما عليك ألا يزكى»

(عبس: ١ - ٧)

ومادام الحال كذلك فلا يعد إفتقاد البصر إلى جانب إفتقاد البصيرة عمى أو إعاقه.

«فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التى فى الصدور»

(الحج: ٤٦)

كذلك أكد الإسلام على مسؤولية الإنسان على سلوكه وتصرفاته دون تفرقه مابين معوق إلا فى إطار الحدود التى تفرضها قيود الاعاقة نفسها.

«ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج، ومن يطع الله ورسوله يدخله جنات تجرى من تحتها الأنهار»

«الفتح: ١٧»

ولم يتوقف الإسلام عند حد طلب كف الأذى المادى عن المسلم دون تفرقة بين معوق وسوى، وإنما شمل ذلك طلب كف الأذى المعنوى المتمثل فى النظرة والكلمة والإشارة، وغيرها من وسائل التحقير أو التصغير والإستهزاء، وذلك وفق تعاليمه سبحانه وتعالى:

«يأيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيراً منهم»
إلى آخر الآيات

«الحجرات: ١١»

ويشير كتاب تاريخ البيمارستانات فى الإسلام إلى النظرة الإيجابية التى

كان ينظر بها أفراد المجتمع الإسلامي للمعوقين ومساواتهم بغيرهم، إذ يروى أن الوليد ابن عبد الملك قد أعطى الناس المجذمين وقال «لا تسألوا الناس» وأعطى كل مقعد خادماً، وكل ضرير قائداً.

ولم يهمل المجتمع الإسلامي أمر علاج الاعاقات التي كان لها علاج معروف في ذلك الوقت، ومن ذلك فقد جرت الإشارة إلى أنه:

« ..... كانت قاعة الأمراض الباطنة مقسمة إلى أقسام أخرى قسم للمحمومين وهم المصابون بالحمى، وقسم للمصرورين وهو لمن بهم المرض المسمى «مانيا» وهو الجون السبعي ..... الخ»[٩].

وتشير بعض المصادر إلى أن العرب في الإسلام كانوا يعطفون على المرض العقليين وضعاف العقول لأن إصابتهم من الله وقدره: «ولقد جاء في صك الأقات التي حبس ريعها لصالح المستشفى النودى أو العتيق بحلب: أن كل مجنون كان يحظى بخادمين فينزعات عنه ثيابه كل صباح ويحممانه بالماء البارد، ثم يلبسانه ثياباً نظيفة ويحملانه على أداء الصلاة، ويسمعانه قراءة القرآن الكريم يقرؤه قارئ حسن الصوت، ثم يفسحانه في الهواء الطلق، ويسمح له في الآخر بالاستماع إلى الأصوات الجميلة والنفحات الموسيقية[١٠].

غير أن الإنسان سواء كان بدائياً أو متحضراً بقى على طبيعته يعجب بمظاهر الكمال المادى ويعتبرها دليلاً على القوة والرجولة، ويخجل من مظاهر النقص أو الضعف ويعتبرها دليلاً على العجز وقلة الحيلة، ويسوق لنا الأستاذ عمر كحله نموذجاً لذلك متمثلاً في العادات والطقوس الدينية التي تجرى في سن البلوغ بين بعض القبائل البدائية لإعلان وصول المراهقين إلى سن إكتمال الرجولة. « ..... ويختبر هؤلاء في دورة الاحتفال إختباراً قاسياً ومؤلماً على الغالب ليبرهنوا على جلدهم وتحملهم للأذى وصبرهم على إحتمال الآلام البدنية، فتقص في بعض الأحوال قطعة من لحمهم ويقلع تارة سن من أسنانهم، أو يجرح عضو من أعضائهم، أو توشم أجسامهم، ويبقى أثر هذه العلامات كلها في حسد الممتحنين مدى الأيام للدلالة على

إجتيازه هذه المحنة ودخوله في عداد الرجال البالغين.

ولا تخلو هذه التجارب الأليمة من الخطر أحياناً، إذ قد تهدم صحة الممتحن أو تذيقة الموت إذا كان ضعيفاً ... إذ أنهم يفكرون أن من لم يجتز ذلك بعد من أحط الناس قدراً وأوضعهم شرفاً وكرامة»

ولايترك المثال السابق مجالا للشك من أن بعض المجتمعات، حتى وإن توقفت عن ممارسة عمليات العنف الظاهر ضد المعوقين إلا أنها جعلتهم مواطنين من الدرجة الدنيا، فاعتبرت إعاقتهم دليلاً على إفتقارهم إلى مقومات الشرف والكرامة، على أن ما يجب التذكير به هو أو تلك الممارسات لا علاقة لها بالمستوى الحضارى للمجتمع إذا إتجهت بعض الأنظمة الغربيه فى القرن العشرين إلى التضيق على المعوقين، ومعاملتهم على أساس أنهم عناصر غير مرغوب من وجودها عن طريق القتل «إباحة الاجهاض»، أو العزل أو التعقيم لمنعهم من الإنجاب، على إعتبار أنهم من العناصر التى لا تستحق الحياة(١١).

ومع ذلك، فقد انتصرت النظرة الإنسانية فى النهاية والتى تبنت ما جاء به الإسلام منذ ما يزيد عن ألف سنة، إذ عمل المفهوم الحديث لمكونات الشخصية وما توصل إليه العلماء من معلومات عن طبيعة الاعاقة وأسباب حدوثها إلى تغيير الاتجاهات تجاه المعوقين مما أدى إلى القضاء على الأفكار القديمة التى كانت ترى فيهم صنائع للشيطان، حيث بدأ الناس فى العصر الحديث يهتمون بقضايا المعوقين وضرورة توفير الخدمات اللازمة لتحقيق فكرة المساواة الكاملة والإندماج الكامل فى المجتمع، وذلك بعدما إنمحت الفكرة التى سادت أوروبا فى العصور الوسطى والتى كانت ترى «أن مجئ وليدبه بعض الشذوذ فى الخلقه يرجع إلى تدخل الشيطان أثناء عملية الجماع ...»(١٢).

رعاية المعوقين فى العصر الحديث:

أما فى العصر الحديث فنجد أن أول محاولة لتعليم المكفوفين، بطريقة منتظمة على يد «فالنتان هوى Valantean Hawiy» فى باريس ١٧٨٤، عند إفتتاح مدرسة أطلق عليها المعهد الأهلى لصغار العميان، وقد إستولت الدولة

عليها عام ١٧٩١ ، وقامت مدرسة أخرى فى إنجلترا عام ١٧٩١ على يد إدوارد شتين «Edward shtih» فى مدينة ليفربول ثم ثالثة فى عام ١٧٩٩ وإنتشرت بعد ذلك مدارس المكفوفين فى الدول الأوربية.

وقد كان إهتمام لويس بريل Louis Braille بفئة المكفوفين حيث إبتكر طريقة بريل Braille لتعليم القراءة والكتابة للمكفوفين، وقد ساعدت هذه الطريقة على وجود أسلوب منظم لتعليم فئة المكفوفين.

وظلت المحاولات الفردية لبعض الأفراد حتى حدث تغير كبير فى طرق تربية الصم وذلك نتيجة لجهود بعض المفكرين والتى أكدت على ضرورة الاستفادة من بقية السمع الذى لدى الطفل الأصم وتعليمه وتدريبه على إخراج الأصوات، وكان من الأهمية التأكيد على إعداد المعلم المتخصص فى تربية الصم وبقية الأفراد غير العاديين، ولقد كان من أهم العوامل التى أدت إلى ظهور فكرة تعليم الصم(١٣).

١- ظهور فلسفة حديثة فى تعليم الصم وإنتشار طرق التربية الحديثة فى إعدادهم.

٢- الاتجاه نحو إعداد معلمى الصم

٣- ظهور مؤلفات خاصة بتربية الصم

٤- ظهور القوانين الملزمة لتعليم الصم فى إنجلترا وفى توصيات مؤتمر ميلانو عام ١٨٨٥ .

ونجد فى إنجلترا إهتماماً كبيراً بتربية المتخلفين عقلياً فقد أنشأ «ريد Ride» فى عام ١٨٤٠ مؤسسة للمتخلفين عقلياً فى منطقة «هاى جيث High Gote» وتحت رعاية الملكه فيكتوريا، وبفضل تبرعات العديد من الأفراد وأشرفت هذه المؤسسة على تدريب المتخلفين عقلياً على بعض الأعمال اليدوية البسيطة.

وفى عام ١٨٦٧ أنشئت مؤسسة أخرى هى مؤسسة ستار كروس Star Cross حيث تبعها صدور قانون خاص بالمتخلفين عقلياً والذى أشار إلى

ضرورة توفير الرعاية والعناية لهم[١٤]. وأنشأ لهم أول مؤسسة فى إينبرج فى بداية القرن ١٩.

وفى أمريكا ظهر الإهتمام بالمتخلفين عقلياً عام ١٨٥٠ عندما أسس سيجان Sigan مؤسسة لرعاية تربية الشبان المعتوهين والمتخلفين عقلياً بولاية ماسيشوستس.

وفى إيطاليا كان لجهود «منتسورى MonTessori» الأثر الواضح فى الاهتمام - بالمتخلفين عقلياً حيث تم تأسيس مدرسة تؤمن بأن مشكلة المتخلفين عقلياً مشكلة تربوية أكثر منها طبية وصممت أدواتها لتدريب الحواس والعضلات.

ولقد كان للحربين العالميتين أثرهما البالغ خلال القرن الحالى فى الاهتمام برعاية ذوى العاهات. فقد أسهمت الدول والحكومات فى تيسير أسباب وسبل تعليم ذوى العاهات وتأهيل مشوهى الحرب وأصبح هذا واجب من واجبات الدولة لذلك أنشئت العديد من المدارس الخاصة لضعاف السمع ومدارس خاصة بالصم، وضعاف البصر والتأخر فى الذكاء والشلل. وبالنسبة للمكفوفين سمح لهم بالتجمع فى نقابات تنادى بمطالبهم وتعبر عنهم وأصبحوا يمارسون مهناً يدوية وفكرية وأصبح تعليم المكفوفين، منذ بداية القرن التاسع عشر إلزامياً[١٥].

ويمكن حصر المراحل التاريخية التى مر بها المعوق فى الآتى:

١- نبذ المجتمعات لذوى العاهات وتعريضهم للمخاطر والهلاك.

٢- رعاية الأديان لهذه الفئة وحث الناس على رعايتهم ونبذ فكرة مس الشيطان.

٣- مرحلة ابتكار الطرق والأدوات والأساليب التى تزيد من الاهتمام بهذه الفئة مع وجود التنظيمات كالنقابات والروابط التى تجمع هذه الفئات.

٤- الاهتمام من جانب المهن المختلفة برعاية هذه الفئة كالطب والطب النفسى والتعليم والتربية والخدمة الإجتماعية وغيرها[١٦].

حجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً

يشهد النصف الثانى من هذا القرن أى بعد عام ١٩٥٠ مرحلة جديده وتطورات ملحوظة فى مجال رعاية المعوقين، وساعد على ذلك ظهور الاهتمامات الدولية بهذه الفئة بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة، وأدركت الكثير من دول العالم أهمية المعوقين غير القادرين ذهنياً وحركياً، وبالطبع ظهرت الكثير من المشاكل المالية التس ساهمت فى بطئ عمليات الاعداد والتنفيذ، ولكن مالبثت أن تزايدت الاهتمامت العالمية، وأيضاً السياسات الحكومية القومية وصدر العديد من التشريعات القانونية والإجتماعية والصحية وحقوق المعوقين فى الحياة والعمل، كما كانت لاسهامات التقدم الطبى الحديث بانجازات هامه فى مجال الرعاية الصحية للمعوقين، ومن أهم تلك الإنجازات اكتشاف لقاح ضد مرض شلل الأطفال عام ١٩٥٦ والذى ساهم فى تخفيض نسبة المعوقين إلى النصف تقريباً.

هذا بالإضافة إلى تقدم مجال طب العيون والحد من الإصابات المتزايدة للأطفال المكفوفين أيضاً وينطبق ذلك على العديد من الاسهامات الطبية والأخرى فى مجال أمراض الحصبة وغيرها[١٧].

ولقد أولى المجتمع العالمى عناية خاصة لمشكلة الاعاقة، حيث إعتمدت الجمعية العامه للأمم المتحدة اعلانين لحقوق المعوقين، كما أعلن عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين والفترة من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٩١ عقداً دولياً خاصاً بهم، اعتمدت فى إطاره خطة عمل دولية معينة بإتخاذ تدابير فعالة للحد من الإصابة بالإعاقة لإعادة تأهيل المعوقين وتحقيق مشاركتهم الكاملة والفعالة فى الحياة الاجتماعية وفى عملية التنمية، ومن ثم تتويج هذه الجهود بصدور الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل عام ١٩٨٩ وأفردت بها مادة رقم ٢٣ خاصة بالطفل المعوق وفيه نعترف الدول الاطراف بوجوب تمتع الطفل المعوق عقلياً أو جسدياً بحياه كاملة وكريمة فى ظروف تكفل له كرامته وتعزز اعتمادة على النفس ونبسير مشاركتة الفعالة فى المجتمع[١٨].

وتكشف بعض الاحصاءات العالمية عن مدى زيادة حجم المعوقين عالمياً وعن تلك النسب والتوقعات المستقبلية لأبعاد هذه المشكلة وحتى عام ٢٠٠٠، ومن أهم تلك الاحصاءات، أن إجمالى نسبة المعوقين فى الدول المتقدمة تصل عام ٢٠٠٠ إلى ١٣٦ مليون من بينهم ٨١,٦ مليون شديدى الاعاقة، أما الدول النامية، فسوف يصل عدد المعوقين بها إلى ٧٠٩,٧ مليون معاق، من بينهم ٤٢٥,٨ مليون شديدى الاعاقة، وطبقاً لإحصاءات عام ١٩٨١ والتى تشير إلى إجمالى المعوقين عالمياً تقدر نسبتهم ١٠ ٪ من الإجمالى العام للسكان، والمتأمل لهذه النسب يجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين الدول المتقدمة والنامية، فلقد بلغ متوسط المعوقين ٨ ٪ الدول المتقدمة، أما فى الدول النامية فيرتفع هذا المتوسط إلى ١٣,٥ ٪ بينما يصل إلى ٢٠ ٪ فى الدول الأكثر تخلفاً، كما يلاحظ أيضاً على تلك المؤشرات الإحصائية معدلا الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والنامية، فلقد بلغ معدل الزيادة السنوية للمعوقين فى الدول المتقدمة ٠,٧٥ ٪ بينما يرتفع هذا المعدل إلى حوالى ٢,٥٦ ٪ فى الدول النامية[١٩].

ولقد تزايدت نسبة الإعاقة فى العالم العربى بصورة كبيرة، حيث يمكن تقدير إجمالى عدد السكان حالياً بحوالى ٢٢٠ مليون نسمة، ومع افتراضنا بثبوت نسبة المعوقين ١٠ ٪ من حجم السكان كما حددتها احصاءات الأمم المتحدة فى بداية الثمانينات، فإن نسبة المعوقين حالياً يقدر بحوالى ٢٢ مليون معوق، ومن أهم العوامل التى تسهم فى زيادة المعوقين فى العالم العربى مايلى:

١- أن جميع الدول العربية مثل غيرها من دول العالم الثالث والتى يبلغ متوسط حجم المعوقين بها ما بين ١٣,٥ ٪ - ١٥ ٪ من حجم السكان.

٢- أن هناك تزايداً مستمراً فى حجم السكان نتيجة لتبنى عدد كبير من الدول العربية سياسات تشجيع النسل.

٣- ما زالت هناك مشكلات متعددة تسهم فى زيادة عدد المعوقين ومنها التخلف الصحى وعدم نمو الوعى الاجتماعى وانتشار زواج الاقارب وحوادث المرور وغيرها من العوامل المسببة للإعاقة[٢٠].

ولقد تزايد الاهتمام فى المجتمع المصرى برعاية المعوقين على مر العصور وتبلور ذلك فى ظل الديانة الإسلامية واهتمت الحكومات المصرية المتعاقبة بعد الثورة بأساليب ووسائل رعاية المعوقين، فتم انشاء الجمعية العامة لمكافحة الدرن، والجمعية العامة لتحسين الصحة، والجمعية المصرية لرعاية العميان، وكثير من المؤسسات التى تقدم أوجه الرعاية الى هذه الفئات.

وبصدور قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ واحتوائه على باباً لتأهيل المعوقين واسرهم وتوفير سبل الرعاية والحماية لهم، وكذلك القانون رقم ٩١ عام ١٩٥٩، والقانون رقم ٣٢ لعام ١٩٦٤، والقانون ١٣٣ لعام ١٩٦٤، وقانون التأهيل رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ والقانون رقم ٤٩ لعام ٢٩٨٢ بشأن تعديل بعض أحكام القانون السابق، وكذلك القرارات الوزارية الصادرة بهذا الشأن دليل حيوى على الاهتمام برعاية المعوقين[٢١].

ولقد حرص المشرع المصرى أن تتضمن قوانين العمل نصوصاً تحمى حقوق المعوقين وتكفل لهم حق العمل، وكذلك صدور اعلان رئيس الجمهورية باعتبار السنوات العشر ١٩٨٩ - ١٩٩٩ عقداً لحماية الطفل المصرى ، والتى نصت فى أحد بنودها على ضرورة توفير القدر المناسب من الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للأطفال المعوقين.

وفى عام ١٩٩٠ أنعقد مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل واصدار الإعلان العالمى لبقاء الطفل وحمايتة ونموه وفى نفس العام تم توقيع مصر على الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل، وأخيراً تم صدور القانون رقم ١٢ لعام ١٩٩٦ والخاص بالطفل وفيه أفرد بابا خاصا لرعاية الطفل المعوق وتأهيله.

وتتروح تقديرات حجم مشكلة الاعاقة فى مصر بين ١٠ ٪ حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية ٨ ٪ وفقاً لتقديرات المجلس القومى للطفولة والأموية[٢٢]. وسنقدم إحصائية بجمعيات رعاية المعوقين فى المجتمع المصرى.

إحصائيات

جمعيات رعاية وتأهيل المعوقين بالجمهورية (يناير ١٩٩٦)

حسب فئة الاعاقة التى تخدمها

المحافظة	المتخلفين عقليا	المكفوفين	الإعاقات البدنية	السمع والتخاطب	ناقهى الدرن وأسرهم	سلبى الجذام وأسرهم	مرضى السرطان وأسرهم	مرضى القلب	إعاقات مختلفة	إجمالى
الجمعيات المركزية	٣	٢	٣	١	٢	–	–	١	٢	١٤
القاهرة	١٦	٦	١٥	٢	٣	٢	١	١	١١	٥٧
الاسكندرية	٣	٣	٢	٣	٤	٢	٢	٢	٢	٢٣
بورسعيد	١	٢	–	١	١	–	–	–	١	٦
الاسماعيلية	١	–	–	١	١	–	–	–	١	٤
السويس	–	–	–	١	٢	–	–	–	١	٤
دمياط	–	–	١	–	٢	١	–	–	١	٥
الدقهلية	–	٢	١	١	٥	–	١	–	٤	١٤
الشرقية	–	١	١	١	١	–	–	١	١	٦
القليوبية	–	–	٢	١	١	–	–	–	٢	٦
كفر الشيخ	–	–	–	–	٢	١	١	–	٢	٦
الغربية	–	١	–	–	٢	١	١	–	٢	٧
المنوفية	–	–	٢	–	٣	–	–	–	٣	٨
البحيرة	١	–	٢	١	١	١	–	–	٢	٩
الجيزة	–	٢	١	–	٢	١	–	١	٨	١٥
الفيوم	–	–	٢	–	٢	١	–	–	٣	٨
بنى سويف	٢	١	٢	–	٢	–	–	–	١	٨
المنيا	–	–	–	–	٢	١	–	–	٢	٥
أسيوط	١	١	١	–	١	–	١	–	٢	٧
سوهاج	–	–	١	–	١	–	–	–	٢	٤
قنا	–	–	–	–	٣	–	–	–	٣	٦
أسوان	–	–	–	–	٢	–	–	–	١	٣
البحر الاحمر	–	–	–	–	–	–	–	–	١	١
الوادى الجديد	–	–	–	–	–	–	–	–	٢	٢
مطروح	–	–	–	–	١	–	–	–	١	٢
سيناء الشمالية	–	–	–	–	١	–	–	–	٢	٣
سيناء الجنوبية	–	–	–	–	–	–	–	–	١	١
الاجمالى	٢٨	٢١	٣٦	١٣	٤٧	١١	٧	٦	٦٥	٢٣٤

مراجع الفصل الأول

١- عبد المحسن صالح، من أسرار الحياة والكون، كتاب العربى (١٥) ١٩٨٧ ، ص ٤٣

٢- مصطفى أحمد النصرواى،، الإعلانات والمواثيق العربية والأهمية الخاصة بحقوق المجلة العربية للتربية، السنة الثانية العدد (١)، ١٩٨٢ ص ص ١٧٥ - ١٧٦.

٣- محمد مرسى أحمد، تطور الفكر التربوى، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٠، ص ٩.

٤- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الأصم، الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، اقاهة ١٩٧٨، ص ١٣٣.

٥- عبد المجيعبد الرحمنلطفى بركات، سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته، مكتبية . النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٦٦، ص ٨.

٦- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الاجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، رؤية متطور للواقع العربى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٧، ص ص ٢٦٠ - ٢٦٢.

٧- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الأصم، الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، ١٩٧٨، ص ١٣٣.

٨- عبد المجيد عبد الرحمن، لطفى بركات، سيكولجية الطفل المعوق وتربيته، المرجع السابق ، ص ٨ وأنظر أيضا فى هذا الشأن.

- حسن الفقى، التاريخ الثقافى للتعليم فى مصر، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٤، ص ١٣.

٩- أحمد عيسى، تاريخ البيمارستانات فى الإسلام . دار الرائد العربى، ١٩٨١، ص ص ١٠، ١٩.

١٠- أحمد شوكت الشطى، المدارس والمشافى الطبية فى الإسلام، مجلة العلم والإيمان، العدد (٢٦)، ١٩٧٨ ص ص ١٥ - ١٦.

١١- عمر رضا كحالة ، جولة فى ربوع التربية والتعليم، مؤسسة الرسالة، بيروت .
١٩٨٠ ، ص ١٣ .
١٢- عبد المحسن صالح، من أسرار الحياة، المرجع السابق ص ٤٣ .
١٣- محمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧ ، ص ص ٤٨ - ٤٩ .
١٤- عبد المجيد عبد الرحمن، لطفى بركات، سيكولجية الطفل المعوق، المرجع السابق، ص ٧٦.
١٥- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الأصم، المرجع السابق، ص ٤٣ .
١٦- محمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، المرجع السابق ص ص ٥٢ - ٥٣
١٧- عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ١٩٩٦ ، ص ص ٨٩ - ٩٠ .
١٨- حسين جلال عثمان، المعوقين عقلياً تحت مظلة الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل، إتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (٤٩)، مارس ١٩٩٧ ، ص ٥١ .
١٩- عبد الله محمد عبد الحمن، المرجع السابق ص ٩١ .
٢٠---------------- ، المرجع السابق ص ص ٩٥ -٩٦ .
٢١- وصول لقوانين والقرارات الوزارية الخاصة بالمعوقين أنظر.
- محجوب على عيد ، مرشد جميعات وتأهيل المعوقين فى مجال التشريعات، رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ج.ع.م، مارس ١٩٩٤ .
٢٢- حسين جلال عثمان، المعوقين عقلياً تحت مظلة الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل، المرجع السابق ص ٥
٢٣- إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، الحياة لطبيعية حق للمعوق، العدد (٤٧) سبتمبر ١٩٩٦ ، ص ٣٩

الفصل الثانى

دراسة حول المفهومات النظرية

ويحتوى هذا الفصل على المفاهيم:

- مفهوم الخدمة الاجتماعية.
- مفهوم الرعاية الاجتماعية.
- مفهوم الرعاية الاجتماعية للمعوقين.
- مفهوم الشخصية.
- مفهوم التكيف.

مفهم الحاجات.

- مفهوم المشكله الفردية.
- مفهوم المعوق.
- مفهوم الإعاقة.
- مفهوم التأهيل.
- مفهوم الدور.

المراجـع

المفهومات الأساسية فى مجال المعوقين:

يعتبر تحديد المفاهيم أمراً ضرورياً فى الدراسات العلمية، ولذلك كان لزاماً على الباحثين صياغة المفاهيم المستخدمة فى دراساتهم بدقة ووضوح حتى يتسنى للقراء والمهتمين بهذه الدراسة الإدراك الواعى للأفكار والمعانى التى يريد الباحث التعبير عنها.

وفى هذا المجال يعتبر تحديد المفاهيم المرتبطة بالإعاقة والمعوقين يساعد على تصنيف هذه الفئات المعاقة بصورة تؤدى إلى الفهم الدقيق والتحليل المتعمق للأسباب والنتائج المرتبطة بهذا المفهوم.

وسنقوم بتقديم عرض مختصر للمفاهيم المتداولة فى هذا الكتاب بغية وضوح هذه المفاهيم لدى الدارسين والمهتمين بهذا المجال الهام:

(١) مفهوم الخدمة الاجتماعية:

وللخدمة الإجتماعية تعنى عام وآخر خاص، فالمعنى العام يتأتى من المدلول اللفظى لهذا المصطلح، فكلمة «خدمة» تعنى مجهودات هادفة يقصد بها تحقيق فائدة أو منفعة معينة أو إيقاف أو منع ضرر واقع أو محتمل الوقوع، أما لفظ «إجتماعية» فهو صفة مشتقة من المجتمع أو الإرتباط بالعلاقات المتبادلة ويمكن من دلالة هذا التركيب اللفظى أن نقول أن الخدمة الإجتماعية بمعناها العام «مجهودات موجهة مقصود بها منع الأضرار الإجتماعية أو إحداث ألوان مختلفة من المنفعة المرغوبة».

أما إذا إنتقلنا إلى المعنى الخاص لمهنته الإجتماعية فإننا نجده قريب الصلة بالمعنى العام، فالحقيقة أن الخدمة الإجتماعية مهنة هدفها الرئيسى تنمية المجتمعات، وذلك عن طريق البحث عن القوى والعوامل التى تحول دون التقدم والتنمية مثل الحرمان والبطالة والمرض والظروف المعيشية السيئة... الخ التى تخرج من نطاق قدرة الأسرة وأفرادها على المواجهة الفعالة لها، كما تبحث عن أسباب العلل فى المجتمع لكى تتصدى لها، وتنتقى أنسب الوسائل الفعالة للقضاء أو التقليل من آثارها وأضرارها.

وتعرف الخدمة الاجتماعية بأنها «جهود فنية تستهدف مساعدة الناس

أفراداً كانوا أو جماعات على تحقيق أفضل أداء ممكن لوظائفهم الإجتماعية[1].

كما تعرف الخدمة الإجتماعية على أنها مهنة إنسانية تعمل على تهيئة أسباب التغير تحقيقا للرفاهية الإجتماعية بأسلوب مهني يحفذ طاقات الأفراد والجماعات والمجتمعات المحلية بتدعيم قدراتها وإمكانياتها وعلاج مشاكلها على أساس من المساعدة الذاتية وفى الإطار الإيديولوجي للمجتمع[2].

ويمكن تحديد خصائص مهنة الخدمة الإجتماعية على النحو التالى:

١- أنها جهود وخدمات تبذل نحو فرد أو جماعة أو لمساعدتهم على تحقيق أفضل أداء ممكن للدور الإجتماعى Social Role الذى تتطلبه أوضاعهم الإجتماعية فى المجتمع.

٢- تحقيق الفرد أو الجماعة لأدوارهم الإجتماعية يؤدى بالضرورة إلى تكيف وتوافق أفضل بين الفرد وبيئته الإجتماعية.

٣- لاتستهدف الخدمة الإجتماعية القضاء الشامل أو الجذرى على المشكلات الخاصة بالفرد والبيئة ولكن جهودها مرتبطة بإمكانيات كل منهما لتحقيق أفضل مواءمة ممكنة فى حدود هذه الإمكانيات.

٤- عجز الفرد عن أداء دوره الإجتماعى وعجز الجماعة عن قيامها بوظائفها الإجتماعية ينبع أساساً من وجود ألوان من القصور سواء فى الفرد، أو الجماعة أو البيئة ذاتها.

٥- تملك الخدمة الإجتماعية من الوسائل مايمكنها من التأثير فى كل من الفرد والجماعة والبيئة الإجتماعية لتحقيق أفضل مواءمة ممكنة بينها.

٦- هذه الوسائل تقوم أساساً على أسلوب فنى Tcehicque، يعتمد تبعا لذلك على كل من العلم والمهارة يمارسها بالضرورة أخصائى إجتماعى فى نطاق مؤسسة إجتماعية معينة.

٧- طبيعة هذه الوسائل، ونوعية هذا التكيف، لابد وأن يتفق مع القيم الإجتماعية السائدة فى المجتمع وأيدلوجيته الخاصة، ومن ثم فهى ليست

جامدة مطلقة وإنما تحددها وترسم إطارها طبيعة المجتمع وتركيبه الإجتماعى وفلسفته الخاصة، فإذا كانت طبيعة المجتمع تعتبر العمل فى ذاته قيمة إجتماعية كانت وسائل وأهداف الخدمة الإجتماعية مرتبطة بهذه القيمة بل وعاملة على تدعيمها.

٨- تؤمن الخدمة الإجتماعية بالإنسان ككائن فريد من نوعه، له فرديته وكرامته، وله حقه فى ممارسته لحريته الإجتماعية، فلايتنازل عن أى منها مقابل مساعدة يتلقاها، ومن ثم كانت أساليبها ومناهجها أساليب إنسانية تراعى كرامة الإنسان وأدميته.

٩- لاتؤمن من الخدمة الإجتماعية بالوقوف موقفاً سلبياً أمام المشكلات القائمة فى المجتمع، ولكن عليها مواجهتها بأسلوب إنسانى بما يحقق التوازن بين حياة الفرد وصالح المجتمع، فطابعها الإصلاحى والإنسانى يحتم عليها التدخل والإيجابية Intervention.

١٠- رغم الطابع العلاجى السائد للخدمة الإجتماعية، إلا أنها ذات أهداف وقائية وتنموية وإنشائية.

١١- للخدمة الإجتماعية طرق ثلاث رئيسية مرتبطة بالمواقع الإجتماعية للإنسان، والمجالات التى تتعثر فيها وظائفه الإجتماعية، فهو إما فرد (أو أسرة) وأما عضو فى جماعة، وأما عضو فى المجتمع المحلى أو المجتمع العام، ومن ثم فمشكلاته وحاجاته بل وأسلوب مساعدته مرتبطة بالضرورة بهذه المواقع[٣]

(٢) مفهوم الرعاية الإجتماعيه:

قدمت الجمعية القومية الأمريكية للأخصائيين الإجتماعيين تعريفا للرعاية الإجتماعية، على أنها «مجموعة منظمة من الأنشطة والبرامج التى تمارسها مؤسسات حكومية وأهلية بهدف التعرف على المشكلات الإجتماعية والحد من أثارها والعمل على تحسين الأداء الإجتماعى للفرد والجماعة والمجتمع[٤].

وقدم كل من هارولد ويلنسكى وتشارلز ليبو تعريفاً للرعاية الإجتماعية

خصوصاً فى الولايات المتحدة يضم إتجاهين رئيسيين هما الإتجاه العلاجى Residual والإتجاه المؤسسى Instituional، فالإتجاه العلاجى يبدأ عندما تعجز الإنساق الطبيعية عن القيام بأدوارها ووظائفها فى إشباع حاجات الأفراد، والمقصود هنا بالإنساق الطبيعية النظام الأسرى والإقتصادى... الخ، أما الإتجاه الثانى (المؤسسى) فهو عكس الإتجاه الأول لايقدم فى حالة الكوارث أو العجز، إنما ينظر للرعاية الإجتماعية بإعتبارها وظائف أساسية وطبيعية للمجتمع الصناعى الحديث(٥).

وتستند برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية على جهود المتخصصين المهنيين كالإخصائيين الإجتماعية والمحللين النفسيين والمعالجين والأطباء والمحامين والمدرسين .. الخ وبناء على ماتقدم يمكن تحديد خصائص مفهوم الرعاية الإجتماعية.

١- الرعاية الإجتماعية نظام إجتماعى عام، نشأت مع بداية التجمع البشرى وتعد أحد ضروريات الحياة الإجتماعية.

٢- تختلف أنشطة الرعاية الإجتماعية والخدمات التى يوفرها كل مجتمع لأفراده من مجتمع لآخر/وفقاً/لما يسوده من أوضاع إجتماعية وقيم أخلاقية، أو مذاهب أيديولوجية ودرجة أو مستوى التطور الحضارى لكل مجتمع وفى إطار ذلك توجد ثلاثة أنماط من الرعاية الإجتماعية هى النموذج التقليدى القديم، النموذج المؤسسى أو النظامى، النموذج البنائى(٦).

٣- الرعاية الإجتماعية كأحد الأنظمة الموجودة بالمجتمع تتضامن مع الأنظمة الأخرى به للعمل على مساعدة أفراد المجتمع على أداء وظائفهم وتوفير حياة كريمة لهم(٧).

٤- تتجه الرعاية الإجتماعية من الاقتصار على توفير الحد الأدنى من الموارد والخدمات للفئات المحتاجة، إلى تحقيق أقصى حد ممكن من الرعاية للمواطنين فى المجتمع، وبالنسبة للعلاقات الوثيقة بين البيئة الإجتماعية والنمو الإنسانى تهتم الرعاية الإجتماعية بصفة خاصة بإحتياجات

الطفولة وتهيئه أفضل الظروف اللازمة للتنشئة الإجتماعية السوية للطفل[٨].

٥- لاتهدف الرعاية الإجتماعية فى العصر الراهن إلى تحقيق الربح.

٦- تتميز الرعاية الإجتماعية بإهتمامها المباشر بالحاجات الإنسانية[٩].

٧- يمارس أنشطة الرعاية الإجتماعية متخصصون فى شتى التخصصات وفى كافة مجالات الحياة.

٨- يعتبر مفهوم الرعاية الإجتماعية أشمل وأعم من مفهوم الخدمة الإجتماعية[١٠]

الرعاية الإجتماعية للمعوقين:

يشير هذا المفهوم إلى «الجهود الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة لإستثمار طاقات الفرد المعوق إلى أقصاها، سواء كانت طاقاته القادرة أو طاقاته القاصرة ليتم له أنسب توافق ممكن بينه وبين بيئته الإجتماعية بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان فى الحياة[١١].

(٣) مفهوم الشخصية:

وتعرف الشخصية بأنها الطريقة التى يرتبط بها الفرد من خلال أفكاره وإتجاهاته وأفعاله بالعناصر الإنسانية وغير الإنسانية فى البيئة وعلى ذلك فالشخصية هى ذلك النمط المميز للسلوك الذى يتميز بالإستقرار النسبى فى المواقف المختلفة[١٢].

ويعرف البورت الشخصية بأنها. هى التنظيم الدينامى فى الفرد لجميع الأجهزة النفسية الجسمية التى تحدد توافقه الفريد مع بيئته[١٣].

وتعرف الشخصية على أنها هى التكامل النفسى الإجتماعى للسلوك عند الإنسان وتعتبر عادات الفعل والشعور والإتجاهات والآراء عن هذا التكامل.

والشخصية أيضا هى المجموع الإجمالى لكل الأمزجه والدوافع والميول والشهوات والغرائز الفطرية والبيولوجية، وكذلك الميول والإتجاهات المكتسبة

عن طريق التجربة ويعرفها الانثروبولوجيين على انها هى الجمع المنظم للعمليات والحالات النفسية الخاصة بالفرد(١٤)

مكونات الشخصية:

المكونات هى العناصر المتفاعلة التى تتكون منها الشخصية، وينبغى على الأخصائى الإجتماعى أن يبين كيف تكونت هذه السمات فى ضوء دراسته لشخصية العميل وبيئته الأسرية والمدرسية والعملية والمجتمعية وفيما يلى نوضح أهم مكونات الشخصية.

(١) المكونات الجسمية:

لاشك أن التكوين الجسمانى يحدد مدى نشاط الفرد وقدرته على تحمل المجهود، ويحدد نظرة الفرد لنفسه ونظرة الأخرين له، والفرد الذى يولد مريض أو مشوة تتبلور شخصيته في إتجاهات معينة تخالف الإتجاهات التى تتبلور فيها شخصية الفرد السوى، وأهم هذه المكونات الجسيمة مايلى.

- المظهر الجسمى العام من ناحية الطول والعرض والحجم وتناسق أجزاء الجسم.
- سرعة النمو الجسمى أو تأخره.
- الصحة العامة والمرض.
- سلامة الحواس أو العاهات.
- سلامة الجهاز العصبى والغدد وعمليات الهضم والبناء.
- الحيوية والنشاط أو الخمول والكسل

(٢) المكونات العقلية:

تتضح المكونات العقلية فى بناء الشخصية فى النواحى الآتية:

- الذكاء.
- الإستعدادات العقلية الخاصة (المواهب)
- المستوى الثقافى العام
- المستوى الثقافى الخاص

المقصود بالإنفعال بصفة عامة هو حالة التوتر فى الكائن الحى المصحوب بتغيرات فسيولوجية داخلية وتغيرات حركية أو لفظية خارجية وتزداد شدة التوتر أو الإنفعال كلما تعرض الفرد لمنبهات مفاجئة لم يستعد لها بنمط معين من الإستجابة، وكذلك المواقف التى يزداد فيها الخطر على ذاته الجسمية والنفسية، أو عند تحقيق الأهداف الجوهرية، أو عند إثارة الدوافع، كدفاع الهرب المصحوب بالخوف، أو دافع المقاتلة المصحوب بالغضب، أو عند إشباع الدوافع كما يحدث عند الجوع.

والإنفعالات المثارة إما سارة أو مؤلمة كالفرح والحزن، أو بسيطة ومركبة كالغضب أو الغيرة، والغيرة إنفعال مركب يتضمن حب تملك المحبوب، والغضب من المشاركة فى موضوع الحب، والخوف بين فقد موضوع الحب، وكذلك القلق، انفعال مركب من الخوف والضيق وتوقع الشر والفشل. أما الخوف بمفرده فهو إنفعال بسيط.

ويتضح مما تقدم أن مجمل المكونات الإنفعالية للشخصية تتضمن مايلى:

أ- العواطف والهوى والإنحيار.

ب- العقد النفسية.

جـ- الإتجاهات العقلية.

د- الميول.

هـ- المزاج والسمات الإنفعالية العامة والطائفية والنوعية.

(٤) المكونات الخلقية الإجتماعية:

الخلق هو جانب الشخصية المتصل بالمظهر الإجتماعى، والتكيف فى المواقف المتعلقة بالقيم الدينية والمثل العليا والعرف والقانون والمعايير الأخلاقية السائدة فى البيئة التى يعيش فيها الفرد. وبعبارة أخرى نقول أن الخلق: هو نظام من الإستعدادات التى تمكننا من التصرف بصورة ثابتة نسبياً حيال المواقف الأخلاقيه والدينية والإجتماعية برغم العقاب وضروب الإغراء.

ويحدد بعض العلماء والمتخصصين الصفات الخلقية الإجتماعية فيما يلي:

- التهذيب والتكامل الخلقي ومايتبع ذلك من صفات الأمانة والصدق والإيثار والرحمة والضمير وغير ذلك من قواعد الدين والأخلاق.
- النضج الإنفعالي ومايتبع ذلك من قدرة الشخص على التحكم في إنفعالاته أو إرجاء رغباته بما يقتضي الواقع الإجتماعي.
- الصراحة والتفاؤل والإتزان ومايتبع ذلك من الروح الرياضية والتحرر من التعصب والإنحياز.
- التواضع ضد الغرور والتعالي والميول المظهرية.
- الشجاعة والإقدام ضد الجبن والإحجام.
- الروح الإجتماعية والتعاون مع الغير ضد الإنطواء.
- إنسجام الأغراض في ضوء فلسفة خاصة لدى الشخص ضد البوهيمية وعدم النظام والفوضى وتفكك السلوك.
- إحتمال المشاق والصبر على مواجهة الصعوبات والتركيز والإقبال على العمل مدة طويلة والنشاط والحيوية والإرادة والتحمس والمثابرة ضد التواكل وتسبيط الهمة والتكاسل.
- توجيه الحياة إلى ماهو أجدى ضد الإنسياق وراء الشهوات الحسية.
- بعد النظر وتقدير العواقب واللذات الآجلة ضد الإندفاع الفوري وراء اللذات العجلة.

وفي محاولة للتركيز على تحديد العامل الخلقي العام يتضح أنه يعبر عن:

- المثابرة والكفاح للتغلب على الصعوبات والوصول للهدف.
- الإرادة القوية التي تتمثل في ضبط النفس والإتزان الإنفعالي.
- الصفات الخلقية المبنية على القيم والمبادىء الإجتماعية.

- التعامل الإجتماعى[١٥].

أما عن العوامل المؤثرة فى تكوين الشخصية فهى تتكون من العوامل الحيوية المرتبطة بوظائف الأعضاء، والوراثة ومالها من دور هام فى الخصائص الجسمية، العوامل البيئية، النضج والثقافة العامة والفرعية، البيئة الإجتماعية كالأسرة والدراسة والعمل... إلخ.

وبناء على ماتقدم يتضح لنا أن هناك شخصية سوية يتطابق سلوكها مع سلوك الشخص العادى فى تفكيره ومشاعره، وتكون سعيدة ومتوافقة شخصيا وإنفعالياً وإجتماعياً، وشخصية غير سوية لاتستطيع تكيف نفسها مع العالم الخارجى المحيط بها بطريقة تكفل لها الشعور بالسعادة وغير قادرة على مواجهة حقائق الحياة[١٦].

(٤) مفهوم التكيف:

يعتبر مفهوما التكيف من المفاهيم الهامة التى شاع إستخدامها، إلا أنه لم يستقر بعد على تعريف محدد له، فقد إستخدم بمعان متعددة كالتوافق فى المجال البيولوجى، أو التوافق فى مجال الصحة النفسية والعقلية، ويمكن القول أن هذا التعدد فى هذا المفهوم يرجع إلى تباين فكر ورؤية البعض له مع زيادة وكثرة إستخدامه فى العديد من ميادين الفكر الإنسانى.

وقد إتسع إستخدام هذا المفهوم فى بداية الأمر فى علم البيولوجى وإستعار علماء النفس ذلك المفهوم البيولوجى «التكيف» وأعادوا تسميته بالتوافق[١٧].

ويرى حامد زهران أن التكيف الإجتماعى هو:

«السعادة مع الآخرين والإلتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الإجتماعية والإمتثال لقواعد الضبط الإجتماعى، وتقبل التغير الإجتماعى والتفاعل الإجتماعى السليم، والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزوجية، ممايؤدى إلى تحقيق الصحة الإجتماعية[١٨].

ويعرف **مصطفى فهمى** التكيف الإجتماعى بأنه:

«عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة، وبناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية Satisfactory بين المرأ وبيئته»[١٩].

ويشير **يوسف مراد** إلى التكيف فيعرفه بأنه:

«تغيير سلوك الفرد كى ينسجم مع غيره من الأفراد، خاصة بإتباع التقاليد والخضوع للإلتزامات، أما عندما يواجه الفرد مشكلة خلقية، أو يعانى صراعاً نفسياً تقتضى معالجتها أن يغير الفرد من عاداته وإتجاهاته ليوائم الجماعة التى يعيش فى كنفها، فى هذه الحالة يستخدم تعبير التوافق الإجتماعى»[٢٠].

ويعرف **أحمد عزت** راجح التكيف بأنه:

«محاولة الفرد إحداث نوع من التواؤم والتوازن بينه وبين بيئته المادية أو الإجتماعية ويكون ذلك عن طريق الإمتثال للبيئة أو التحكم فيها أو إيجاد حل وسط بينه وبينها»[٢١].

ويصيغ **يحيى الرخاوى** تعريفاً للتكيف يوضح فيه أنه.

«العملية التى يزداد بها الإنسان تلاؤماً مع البيئة»[٢٢].

ويرى **محمود الزيتى** فى تعريفه للتكيف.

«أنه مرونة الشخصية فى تغيير السلوك بما يتلاءم مع تغير الظروف البيئية»[٢٣].

ومما سبق يتضح لنا أن مفهوم التكيف العام للشخص من ناحية طريقته فى حل مشاكله وعلاقته مع الناس، وفى التعويض عما يشعر به من نقص يتوقف على الحكم الذى يصدره الفرد على نفسه أوالصورة التى يكونها المرء بنفسه على نفسه من حيث مايتسم به من صفات جسمية وعقلية ووجدانية وإجتماعية وخلقية ويرضى عنها أو يكرهها ولايستسيغها، وما يراه فى نفسه

من نواحى القوة أو الضعف ومايجب عليه عمله أو الإمتناع عنه مما يدخل فى أسلوب التكيف العام مفتاح فهمنا لبناء شخصية أى فرد، فكأن الشخصية هى دالة أو وظيفة فكرة المرء عن نفسه وأساس إعادة توازن الشخصية مرهون بإكتشاف النفس وتقبلها الذى يؤدى إلى الثقة بالنفس والإعتماد على النفس، وبذلك يتحقق نضج الفرد وإستقلاله[٢٤].

ويرى «عطية هنا» أن مفهوم التكيف فى إستبعاد أو خفض حالات التوتر، ويوضح أن التكيف عملية تشير إلى الأحداث النفسية التى تعمل على إستبعاد حالات التوتر، وإعادة الفرد إلى مستوى معين، هو المستوى المناسب لحياته فى البيئة التى يعيش فيها الفرد، فالفرد يسلك مدفوعاً بدافع معين نحو الهدف الذى يشبع هذا الدافع وعندما تعترضه عقبة، فإنه يقوم بأفعال وإستجابات مختلفة، حتى يجد أنه بإستجابة معينة تغلب على هذه العقبة، ووصل إلى هدفه وأشبع حاجاته ودوافعه»[٢٥].

كما يرى علم النفس أن التكيف يحدث عن طريق الامتثال للبيئة والتحكم فيها فهو يشير إلى أن التكيف هو تغير فى سلوك الفرد، يناسب مايحدث فى البيئة من تغيرات، ويكون عن طريق الإمتثال للبيئة والتحكم فيها، أو أى حل وسط بينه وبينها، ومن صور التكيف أن يغير الفرد سلوكه بما يناسب الظروف والمواقف الجديدة، أو أن يغير الفرد بيئته ذاتها والتكيف عملية مستمرة[٢٦].

أما فى مجال الصحة النفسية فيشيروا إلى أهمية التفاعل بين الشخص والبيئة، ويتضمن مفهوم التكيف لديها تفاعلاً مستمراً بين الشخص وبيئته، فالشخص له حاجات والبيئة لها مطالب وكل منهما يفرض مطالبة على الآخر[٢٧].

معايير التكيف الإجتماعى:

يطلق على الإنسان أنه سوى أو غير سوى، ويكون ذلك من خلال ما إتفق عليه من أن مايسلكه أو مايقوم به من نشاط يكون مقبولا أو غير مقبول إجتماعياً، والإنسان غير المتكيف هو المخالف للقانون والهروب والعنيد وغير

المطيع، بحيث يكون سلوكه بدرجة تفسد أخلاقه الشخصية وأخلاق الأخرين وطالما أن السواء واللاسوء يدخل فى نطاق التكيف وسوء التكيف لذلك فإننا نشير هنا إلى المعايير التى يمكن أن يتحدد من خلالها التكيف والتى حددها أحمد عزت راجح فيما يلى:

١- المعيار الإحصائى:

يرى أن الشخص السوى هو من لاينحرف كثيراً عن المتوسط، وبعبارة أخرى السوى هو المتوسط، وهو الذى يمثل الشطر الأكبر من مجموعة الناس وفق المنحنى الإعتدالى ومن مميزات هذا المعيار أنه يراعى مابين ضروب الإنحراف من تدرج فيميز بين الحالات الخفيفة والمتوسطة والعنيفة من سوء التكيف، ولكن يجب الإشارة هنا إلى أنه وفقاً لهذا المعيار نجد أن من هم على مستوى عال من الذكاء والجمال والصحة فإنهم يعتبرونهم أيضا من الشواذ، إلا أن علماء النفس قصروا الشذوذ على الإنحراف فى الناحية السلبية(٢٨).

٢- المعيار المثالى:

يرى أن السوى هو الكامل المثالى أو مايقرب منه وهذا مايقصده المحللون النفسيون حين يقولون أنه ليست هناك شخصية سوية غير أن هذا المعيار قد لايكون له وجود على الإطلاق من الناحية الإحصائية فى نواحى الذكاء أو الجمال أو الصحة، وهذا يشير إلى أنه لايوجد إنسان كامل التكيف.

٣- المعيار الثقافى (الحضارى).

وهذا المعيار يرى أن السوى هو المتكيف مع المجتمع أى من إستطاع أن يتمشى مع قيم المجتمع وقوانينه ومعاييره وأهدافه ولهذا المعيار أكثر من عيب فهو يرى السواء فى الإمتثال التام لقوانين المجتمع وقيمه حتى أن كانت فاسدة تتطلب من الفرد العمل على إصلاحها وتغييرها بدلا من التكيف لها ومن عيوبها أيضا أنه يختلف من ثقافة إلى أخرى.

٤- المعيار الباثولوجى:

ويرى أن الشخصيات الشاذة تتسم بأعراض أكلينيكية معينة كالمخاوف

الشاذة والوساوس والأفكار المتسلطة وإرتفاع مستوى القلق عند العصابيين، كالهلاوس والإعتقادات الباطلة وإضطراب التفكير واللغة والإنفعال عند الذهانيين وكالنزعات الإجرامية والإنحرافات الجنسية فى الشخصية السيكوباتية[٢٩].

ويؤخذ على هذا المعيار عدم تحديد الدرجة التى يجب أن يصل إليها إنحراف السلوك أو إضطراب الإنفعال مثلا حتى يمكن إعتباره شذوذاً ومع أن السواء والشذوذ يتداخل بعضهما فى البعض بحيث لايمكن أحياناً تحديد الحد الفاصل بينهما تحديداً حاسماً غير أن هناك طرزاً من الشخصيات الشاذة لايرقى الشك إلى شذوذها.

وبذلك يتفق **محمود الزيتى** مع **أحمد عزت راجح** فى المعايير المثالية والباثولوجية والإحصائية ويختلف معه فى المعيارين القانونى والتكاملى وفيما يلى نورد تفسيراً لكل من المعيارين:

١ - المعيار القانونى:

ويرى أن الشخصية السوية هى التى يسلك صاحبها على نحو يقره القانون والعكس مع من يتصادم سلوكه مع القانون، والعيب فى هذا الرأى رغم موضوعيته أيضاً هو عدم الشمول لكل الأفراد أو كل الظروف أو كل المجتمعات لذا فهو رأى نسبى يتوقف على الظروف والمواقف، كما أن تجريم السلوك أمر يتوقف على ثقافة المجتمع وما يقال فى هذا الرأى ينطبق على الرأى الإجتماعى والثقافى الذى يتخذ من التكيف مع النظام الإجتماعى أو الثقافى القائم معياراً للسواء ومن التصادم مع النظام معياراً للإعتلال فى الشخصية.

٢ - المعيار التكاملى «الطبنفسى»:

ويرى هذا الرأى أن سوء التكيف وإعتلال الشخصية لايرجع لعامل واحد ذاتى أو بيئى، ولكن لعدة عوامل متفاعلة ذاتية جسمية نفسية عقلية، وبيئية مادية وإقتصادية وإجتماعية مع إختلاف الأهمية النسبية لكل عامل فى كل حالة على حده، وأن كل عامل يؤثر فى الآخر، فالعامل الذاتى يؤثر

فى البيئة والعكس صحيح والعامل الحسمى يؤثر فى النفس والعكس صحيح[٣٠].

(٥) مفهوم التوافق:

ويعنى مفهوم التوافق لغوياً أنه صلة من التآلف والتقارب وإجتماع الكلمة فهو نقيض التخالف والتنافر أو التصادم[٣١].

ويعتبر مفهوم التوافق أكثر شيوعاً فى علم النفس فلقد إستخدم ليعنى حالة من الإنسجام بين الفرد وبيئته، وبين الفرد ونفسه وتبدو فى قدرته على إرضاء أغلب حاجاته، وتصرفه تصرفاً مرضياً إزاء مطالب البيئة المادية والإجتماعية ويتصمن التوافق قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفاً جديداً أو مشكلة مادية أو إجتماعية يناسب هذه الظروف الجديدة[٣٢].

وعلى ذلك يمكن القول أن التوافق عملية دينامية مستمرة تتناول كل من الفرد والبيئة الطبيعية والإجتماعية بالتغير والتعديل حتى يحدث توافق بين الفرد وبيئته[٣٣].

ومن جانبنا يمكننا التفرقة بين مصطلح التكيف ومصطلح التوافق فى أن مفهوم التكيف يشير إلى أن الإنسان يلجأ إلى تغيير نفسه، وسلوكه وعاداته وقيمه، وإتجاهاته لكى يتلاءم ويتأقلم مع التغيرات الجديدة الحادثة فى البيئة بينما التوافق يشير إلى إحداث التغيير فى كل من الإنسان نفسه وأيضا فى بيئته الإجتماعية والطبيعية أى أن التغيير يتناول الجانبين الإنسان وموقفه البيئى من أجل الوصول إلى حالة التلاؤم. ولذلك نجد أن مفهوم التوافق أكثر إيجابية وهو الأعم عن مفهوم التكيف.

ومماسبق نخلص إلى أن الخصائص الرئيسية لمصطلح التوافق هى:

١- التوافق عملية دينامية مستمرة تنشأ من عملية التغير المستمر لكل من الإنسان وموقفه البيئى.

٢- أنها عملية تتصف بالمرونة لتناسب الظروف المتغيرة.

٣- تحدث بطريقة مخططة ومقصودة وتستهدف أحداث تعديل فى كل من سلوك الإنسان وتغيير فى بعض جوانب البيئة[٣٤].

(٦) مفهوم الحاجات:

ويشير مصطلح الحاجات إلى تلك الدوافع سواء أكانت أولية أم ثانوية ونعنى بالحاجات الأولية تلك التى ترتبط بالدوافع الجسمانية أو الدوافع الفسيولوجية وهى الأساس فى نشاط الإنسان وقيامه بالسلوك، وأهمية دراسة الحاجات فى ميادين التعليم والخدمة الإجتماعية هى التعرف على ميول وإتجاهات وعادات الفرد والإهتمام بها بالإضافة إلى الإهتمام به من الناحية الجسمية والعقلية ويشترك الإنسان والحيوان فى الدوافع الأولية، غير أن الإنسان يختلف عن الحيوان فى أنه يعيش فى جماعة وله ثقافة يتناقلها الأبناء عن الآباء والأجداد، كما أن لديه القدرة على التفكير فى الماضى والحاضر والمستقبل والإفادة من خبراته السابقة ممايعجز عنه الحيوان[٣٥].

وتعرف الحاجة على أنها حالة من النقص أو الإفتقار أو الإضطراب الجسمى أو النفسى إن لم تلق إشباعاً أثارت لدى الفرد نوعاً من التوتر أو الضيق لايلبث أن يزول متى اشبعت الحاجة[٣٦].

وتعرف أيضا الحاجة على أنها حالة من التوتر أو عدم إتزان تتطلب نوعاً معينا من النشاط يؤدى إلى إشباع الحاجة، والحاجات تشبع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وعادة ماتعمل الحاجات فى نظام مركب تعتمد على بعضها الآخر وتؤثر إحداهما فى الأخرى[٣٧].

ويمكن تحديد مفهوم الحاجة إجرائيا تبعاً للمحددات الآتية:

١- الإفتقار إلى شىء ضرورى أو الشعور بالحرمان من شىء.

٢- يصاحب هذه الحالة شعور قوى بضرورة إشباع هذه الرغبة.

٣- معرفة الإنسان بالوسيلة الكفيلة بإشباع هذه الرغبة.

٤- بإشباع الحاجة يزول الشعور بالقلق والتوتر.

٥- الحاجة مهما إشبعت فهى لاتزول تماماً فهى متجددة[٣٨].

مما سبق يمكن أن نستخلص خصائص الحاجات:

تتميز الحاجات الإنسانية بعدة خصائص أهمها ما يلي:

١- لانهائية الحاجات: أى أنها غير محصورة العدد وغير قابلة للوقوف عند حد فهى فى تطور مستمر.

٢- أن كل حاجة منها يكفى لإشباعها مقدار محدود من الأمور المادية أو المطلوبة فتقل الرغبة فى الشئ كلما حصل الإنسان على جزء من هذا المقدار حتى يصل لأخرى.

٣- أن كل حاجة مهما ضعفت سيطرتها على النفس وقلت الرغبة فيما بسدها أو إنعدمت بعد إشباعها، لا تزول تماماً.

٤- حاجات الإنسان يحل بعضها على بعض.

٥- تختلف وسائل إشباع الحاجة من وقت لآخر ومن مجتمع لآخر.

٦- حاجات الإنسان تتآلف وتترابط بعضها ببعض ويكمل بعضها البعض

٧- تتميز الحاجات الإنسانية بقابليتها للإشباع.

تصنيف الحاجات:

هناك أكثر من تصنيف لحاجات الإنسان الأساسية فالبعض يصنفها إلى حاجات أساسية ثانوية ويصنفها البعض الآخر إلى حاجات مادية وحاجات معنوية، وهناك تصنيف للأنواع الآتية(٣٩):

١- الحاجات البيولوجية والصحية:

فكل كائن زوده الله بمجموعة من الأجهزة البيولوجية تعمل فى تناسق من أجل إستمرار الكائن الحى فى الوجود مثل الحاجة إلى الأكل والشرب والتنفس والإخراج.

٢- الحاجات الاقتصادية:

مثل حاجة الإنسان إلى مورد للدخل ليشبع حاجاته المتعددة من مسكن وملبس .. إلخ.

٣- الحاجات النفسية:

فالإنسان كما هو فى حاجة إلى الطعام والشراب فهو فى حاجة إلى الشعور بالأمن وفى حاجة إلى أن يحب وفى حاجة إلى النجاح وفى حاجة إلى أن يشعر بالإنتماء وفى حاجة إلى سلطة ضابطة ... إلخ.

٤- الحاجات الاجتماعية:

وتتمثل فى حاجة الفرد لأن يعيش مع الآخرين ويتفاعل معهم لكى يشبع احتياجاته الاقتصادية من خلال تبادل السلع والخدمات ويشبع احتياجاته النفسية فهو فى حاجة إلى أن يكون علاقات اجتماعية أيضاً[٤٠].

التكيف وإشباع الحاجات:

وفيما يلى نعرض أهم الحاجات التى تساعد على عملية التكيف الاجتماعى:

١- إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية، ويتوقف ذلك بل ويقوم على أمرين هما:

أ- أن يكون الشخص قادراً على توجيه حياته توجيهاً ناجحاً، بحيث تشبع حاجاته المختلفة.

ب- أن يشبع الشخص حاجاته بطريقة لاتعوق إشباع الحاجات المشروعة للآخرين.

٢- أن يتوفر لدى الفرد العادات والمهارات التى تيسر له إشباع حاجاته الملحة، وهذه العادات تتكون فى المراحل المبكرة من حياة الفرد ولذلك فإن التكيف هو فى الواقع محصلة لما مر به الفرد من خبرات وتجارب أثرت فى تعلمه للطرق المختلفة التى يشبع بها حاجاته.

٣- أن يعرف الإنسان نفسه، إذ أن معرفة الإنسان لنفسه تعد شرطاً أساسياً من شروط التكيف الجيد وهذه تتضمن النواحى الآتية:

أ- أن يعرف الإنسان الحدود والإمكانيات التى يستطيع بها أن يشبع رغباته بحيث تأتى رغباته واقعية ممكنة التحقيق.

ب- أن يعرف الشخص إمكانياته وقدراته، ذلك أنه إذا ما عرف هذه الامكانيات والقدرات فإنه لايرغب فى شئ لاتسمح به هذه القدرات والامكانيات بتحقيقه.

٤- أن يتقبل الإنسان نفسه.

٥- المرونة: وهى أن يستجيب الفرد للمؤثرات الجديدة إستجابة ملائمة والمرونة نوعان قوية تؤدى إلى تكيف الشخص مع البيئة، وضعيفة بحيث يتقبل الشخص قيم البيئة، ومثلما تقبلا يؤدى به إلى أن ينكر شخصيته الأصلية[٤١].

عوامل سوء التكيف:

إذا ما ولد الكائن البشرى ولديه الاستعداد للاستجابة للمؤثرات الخارجية والمؤثرات الداخلية من جسمه دون أن يعطل هذا الاستعداد عوامل وراثية أو عوامل أخرى أثرت عليه فى فترة الحمل أو أثناء الولادة، وتوفرت البيئة المناسبة لرعايته، فإننا نتوقع له أن يحتفظ بما له توازنه مع بيئته دون أن تحد من تفاعله عاهة جسمية، إذ يتوقف نجاح تفاعل الفرد مع بيئته على قدرته على تميز الطرق والأهداف الناجحة فى مجال حياته، وإدراك أحكام الناس على ذاته وقدراته وعلى مقارنة هذه الأحكام بما يعرفه من ذاته ونفسه، فمن كانت لديه عاهة فقد تحول عاهته بينه وبين التكيف السليم لأنها تحد من إدراكه فى أن يميز بين ما يجب عمله ولايجب بالإضافة إلى أن العاهة قد تكون حائلاً دون تحقيق أهداف كثيرة[٤٢].

وتشير إنتصار يونس أن قصور إمكانيات الفرد البشرية والتى تتمثل فى العاهات الجسمية أو ضعف القدرات العقلية أو الافتقار إلى الجاذبية الاجتماعية، وكلها عوامل تعرض الفرد لمنافسة اجتماعية قاسية وذلك حتى يحصل على القبول الاجتماعى ويحقق لنفسه الشعور بالنجاح والأهمية، وقد يحدث الاحباط وتكون النتيجة الحتمية سوء تكيفه[٤٣].

٧- مفهوم المشكلة الفردية:

تواجه الفرد فى حياته العديد من المشكلات والعقبات، منها البسيطة

ومنها المركبة، منها المؤلمة ومن الاشد آلما، منها المؤقتة ومنها المستمرة. والفرد العادى الذى يتمتع بذات قوية "Strong ego" يمكنه من مواجهة هذه المشكلات بقدر مناسب من القدرة والنجاح. فقد يجد لها حلاً نهائياً، أو قد يجد لها حلاً مؤقتاً، أو قد لايجد لها حلاً على الإطلاق فيحاول إذن أن يعيش بها. وفى أى من هذه الحالات هو دائماً يحاول بفطرته أن يفعل شئ ما؛ يفكر ويضع احتمالات ثم يجربها حتى يستقر على الحل المناسب. ولكنه أبداً لايستشعر الضعف أو يحس باليأس، فذاته قادرة على أن تقوم بشئ ما.

ومحاولته هذه لحل مشكلاته، قد لاتكلفه أحياناً أكثر من إتيان سلوك معين بأسلوب روتينى تلقائى، تماماً كسائق العربة الذى إعتاد تفادى أخطار الطريق أوتوماتيكياً دون تفكير أو إدراك واع لما يقوم به؛ وأحياناً أخرى قد تكلفه بعض الجهد، ليقوم بعمليات عقلية معينة من إدراك وإحساس وتفكير حتى يستقر على أمر معين فيسلكه. وهكذا.

ولكن يحدث أن يظهر فى حياة الفرد موقف معقد تعجز قدرات الذات عن مواجهته بفاعلية مناسبة. أو أن تصاب الذات فجأة بعجز ما فى وظائفها المختلفة لتصبح قاصرة عن تناول مشكلات حياته حتى البسيطة منها، أو أن تكون الذات بطبيعتها عاجزة فطرياً أو خلقياً ليتطلع الفرد آنذاك إلى طلب المساعدة والعون، أو على الأقل يشعر الآخرون بحاجته إلى هذه المساعدة وهذا العون.

ومثل هذه المشكلات التى تعترض الفرد متعددة ومتداخلة ومتضاربة: فقد تكون حاجة إلى ضروريات الحياة المادية أو قد تكون حاجة إلى ضرورياتها النفسية؛ وقد تكون عقبة أمام بناء أسرة أو قد تكون سعياً إلى تفكك أسرة؛ وقد تكون خوفاً من الحياة أو قد تكون خوفاً على الحياة وقد تكون طفلاً يبحث عن مأوى وقد يكون طفلاً يهرب من المأوى؛ قد يكون صغيراً يتطلع لأن يكون رجلاً وقد يكون رجلاً يحن ليكون طفلاً ... وهكذا.

مشكلات جادة وخطيرة يعبر عندها الفرد مفترق طرق قد يترتب على الطريق الذى يسلكه سعادته أو شقائه، رفاهيته أم تعاسته ..

من ثم فمسئوليتنا بدورها مسئولية جادة وخطيرة عند مساعدته على إختيار أفضل الطرق وأقربها إلى بر الأمان. ولنتأمل مسئوليتنا عندما نتناول مشكلة حدث أو تلميذ يعانى موقفاً قد يدفع به إلى الهرب أو إلى ترك المدرسة، أو مسئوليتنا فى البحث عن أفضل أسرة بديلة لطفل لقيط أو ناقه من مستشفى للأمراض العقلية، أو مسئوليتنا عند تأهيل معوق يائس زينت له ظروفه فكرة الإنسحاب من الحياة ... إلخ.

إنه مفترق طرق شديد الخطورة، اختيار طريق دون آخر قد يكون إختياراً بين الأمل واليأس، بين الاستقامة والانحراف، بل بين الحياة والموت.

تصنيف المشكلات الفردية:

إن أبسط تصنيف للمشكلات الفردية هو تصنيفها حسب مجالها الوظيفى أى المنطقة التى تأثرت بالموقف أو تكمن فيها المشكلة ذاتها.

تصنيف المشكلات الفردية:

١- المشكلة الأسرية.
٢- المشكلة الاقتصادية.
٣- المشكلة المدرسية.
٤- المشكلة العملية.
٥- الصف العقلى.
٦- المرض العقلى.
٧- العجز والعاهة والمرض.
٨- الانحراف والجريمة.

وهناك تصنيف آخر للمشكلة وفقاً لأنصار المذهب التحليلى فى علم النفس:

١- مشكلات خارجة عن ذات الفرد تمثلها حاجات اقتصادية أو صحية أو عائلية .. إلخ.

٢- ضعف الذات أو الذات العليا.

٣- اضطراب فى الشخصية نتيجة خبرات وصراعات طفلية لم تحل وأهمها:

أ- الأنانية المفرطة. ب- الخوف الزائد.

حـ- الاتكالية. د- عدم الفطام النفسى.

هـ- العدوان. و- الانحراف الوجدانى.

ويمكن تصنيف المشكلات أيضاً إلى:

أ- مشكلة شخصية: صحية أو نفسية أو عقلية .. إلخ.

ب- مشكلة خارجية: أسرية، مدرسية، اقتصادية ... إلخ.

حـ- مشكلة بيئية وشخصية معاً وهذه مرتبطة بكل من شخصية الفرد والبيئة المحيطة.

وتوجد مجموعة اعتبارات خاصة بالمشكلة الفردية:

١- تتفاعل المشكلة دائماً مع السمات الشخصية للفرد.

٢- جوانب المشكلة متعددة ومتداخلة ولكن علينا أن نتخير جانباً منها كنقطة بداية.

٣- المشكلة الفردية لها جوانب موضوعية وأخرى ذاتية.

٤- الجوانب الذاتية والموضوعية أحياناً تكون كل منها سبباً فى الأخرى.

٥- المشكلة هى دائماً حلقة من سلسلة متصلة من الحلقات الإشكالية الأخرى(٤٤).

*- مفهوم المعوق:

المعوق مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوى إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظ اشتق من الإعاقة أو التأخير أو التعويق، ومعناها بالانجلزية Handicapped أى تكبيل اليدين Deformity بمعنى نقص التكوين(٤٥).

يعرف المعوق بأنه «الفرد الذى ينحرف عن الإنسان العادى أو الإنسان المتوسط فى:

أ- الخصائص العقلية. ب- الخصائص الحسية.

حـ- الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية

د- السلوك الاجتماعى أو الانفعالى.

هـ- قدرات التواصل.

و- جوانب قصور متعددة(٤٦).

ويعرف المعوق بأنه كل شخص أصبح غير قادر على الإعتماد على نفسه فى مزاولة عمله، أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة قصور عضوى أو عقلى أو حسى أو نتيجة لعجز خلقى منذ الولادة(٤٧).

ويرى البعض أن الشخص المعوق هو المصاب باعاقة مزمنة أو حادة والتى ترجع إلى:

١- الضعف الجسمى أو العقلى أو تركيبة من الضعف الجسمى والعقلى.

٢- إحتمال استمرارها غير محدد.

٣- ينتج عنها قصور أساسى فى ثلاثة مجالات أو أكثر من أنشطة الحياة الأساسية.

أ- رعاية نفسية. ب- أسلوب التعبير والتقبل. حـ- التعلم.

د- الحركة. هـ- التوجيه الذاتى.

و- الاستقلالية. ز- كفاية نفسه اقتصادياً.

٤- تظهر على الشخص حاجته إلى مجموعة من أوجه الرعاية الشاملة أو العلاج أو الخدمات التى تستمر مدى الحياة(٤٨).

وعرف مؤتمر السلام العالمى والتأهيل للمعوق بأنه «كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ «سوى» أو عادى جسمياً أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً إلى الحد الذى يستوجب عمليات تأهيلية خاصة حتى يحقق أقصى تكيف تسمح به قدراته الباقية».

كما يميز العلماء طوائف المعوقين إلى:

أ- أصحاب عجز ظاهر كالمكفوفين مثلاً.

ب- أصحاب عجز غير ظاهر كمرضى الدرن.

كما يذهب آخرون إلى تصنيف المعوقين بأنهم:

أ- معوق جسمي: وهم المقعدون والمشلولون ومبتوروا الأطراف والمرضى بأمراض مستعصية.

ب- معوق حسي: كالمكفوفين والصم باختلاف درجاتهم ودرجات الضعف العقلي.

حـ- معوق عقلي: كالمرضى العقليون والنفسيون.

د- معوق اجتماعي: وهم الفئات التى تتعرض للتميز العنصرى أو الجنسى أو العقائدى أو الطبقى[٤٩].

وفى ضوء المفهومات السابقة يمكن تعريف المعوق إجرائياً فيما يلى:

أ- أن أساس الحكم على شخص ما بأنه معوق هو وجود قصور أو عاهة أضعفت قدرته على مزاولة العمل بحيث يحتاج إلى مساعدة متخصصة لاستعادة قدراته أو تعويضه.

ب- أن الإعاقة ترجع إلى أسباب وراثية أو خلقية أو حادثة أو اجتماعية أو مرضية أو ثقافية أو أكثر من عامل من هذه العوامل.

حـ- تسبب الإعاقة سوء التكيف للمعوق مع مجتمعه أو بيئته التى يعيش فيها ويترتب عليها مشاكل ترتبط بذاته أو حياته وحياة أسرته ومجتمعه[٥٠].

مفهوم الإعاقة:

تعددت المفاهيم حول مصطلح الإعاقة فيمكن النظر إليها على أنها ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز بحيث تحد أو تمنع الفرد من أدائه لدورة (التوقف على عوامل ثقافية اجتماعية جنسية العمر) وهى تمثل الجانب الاجتماعى للضعف أو العجز ونوع ودرجة الإعاقة والتى تؤثر فى القيم أو الاتجاهات والتوقعات التى تراعى فيها البيئة الاجتماعية للأفراد

ونتجه فى علاجنا للإعاقة وفقاً لما سبق إلى أبعاد أساسية منها الاستقلال البدنى، الحركة، أداء العمل، الاندماج الاجتماعى، الاكتفاء الذاتى اقتصاديا[٥١].

ويقصد بالإعاقة أيضاً ذلك، النقص أو القصور المزمن أو العلة المزمنة التى تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقاً سواء كانت الاعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذى يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التى يستطيع الفرد العادى الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين[٥٢].

وبناء على ما سبق نستطيع تقديم مفهوم للاعاقة على النحو التالى:

١- قصور أو عجز أو علة مزمنة لدى شخص ما.

٢- يؤثر هذا القصور أو العجز على قدرات الفرد المعوق.

٣- يرتبط هذا القصور أو العجز بالجوانب الجسمية أو الحسية أو العملية أو الاجتماعية ... إلخ.

٤- يؤدى هذا العجز إلى عدم الاستفادة الكاملة من الخبرات المختلفة التى يستفيد منها الفرد العادى.

٥- يحتاج المعوق إلى رعاية خاصة ترتبط إرتباطاً وثيقاً مع نوع العاهة المصاب بها.

٤- مفهوم التأهيل:

يعرف التأهيل بأنه استعادة الشخص المعوق لأقصى ما تسمح به قدراته فى النواحى الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية[٥٣]، كما ينظر إلى التأهيل بأنه (إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة).

وقد حدد قانون التأهيل رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ التأهيل بأنه «تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية، والطبية والتعليمية والمهنية التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار الضارة التى نتجت عن عجزه.

وقد وضعت منظمة العمل الدولية تعريفاً للتأهيل المهنى بانه ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه(٥٤).

وبناء على ما سبق يمكن عرض مفهوم التأهيل على النحو التالى:

- يرتبط التأهيل بالشخص المعوق أو الأشخاص ذوى الحاجات.
- يستفيد المعوق من قدراته المتبقية إلى أقصى استفادة.
- استثمار القدرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية ... إلخ للمعوق.
- استفادة المعوق وأسرته من الخدمات التأهيلية لفهم قدرات المعوق وامكانياته.
- يساعد التأهيل المعوق فى إعادة تكيفه لتقبل العاهة والتفاعل مع المجتمع بايجابية.

١١- مفهوم الدور:

ويعرف لندبرج الدور بأنه «نمط السلوك المتوقع من شخص ما فى جماعة معينة وموقف معين، وتحدد الأدوار ما يجب أن يؤديه من سلوك فى جماعته فى ظل الثقافة السائدة.

ويعد مفهوم الدور واحداً من مجموعة المفاهيم المترابطة التى تستخدم فى دراسة سلوك الأفراد وهذه المفاهيم هى:

١- الوضع الاجتماعى أى موقع الفرد فى البناء الاجتماعى.

٢- الدور: ويعبر عن الجانب الدينامى أو السلوك للوضع الاجتماعى.

٣- الدور المقابل وهو الدور الذى يكمل دور الفرد فى عملية التفاعل الدينامى.

٤- الحقوق والواجبات: فلكل دور بعض الأفعال التى تنطوى بدورها على حقوق الفرد على الآخرين وواجباتهم تجاههم وهذه الحقوق والواجبات ما هى إلا التوقعات المتبادلة للدور الذى يؤديه الفرد والدور المقابل له

عند الآخرين والتى نحتفظ بها فى أذهاننا أثناء عملية التفاعل.

٥- إدراك الدور وهو مفهوم يعبر عن تصور الفرد لدورة وتصوره عن حقوقه وواجباته.

٦- سلوك الدور وهو الأداء الفعلى للدور (فقد يحدث أن يختلف الفرد عن أداء توقعات دورة أو دور الآخر، وقد ينجح نجاحاً باهراً فى أدائها).

٧- صراع الدور وهو موقف يجد فيه الفرد أن أداءه لدور معين على أكمل وجه يؤدى إلى تعطيل التوقعات الخاصة بدور آخر، الأمر الذى يؤدى إلى إحساسه ببعض الذنب (ومثال ذلك صراع الدور لدى المرأة التى تحاول أن تلعب دور الأم والطالبة فى نفس الوقت)[٥٥].

مراجع الفصل الثانى

١- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٨.

٢- الفاروق زكى يونس، الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعى، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٨، ص ٢٥.

٣- عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ص ٨ - ١٠.

4- Zastrow, C., Intraduction to Social welfore Institutions Social problem, services and Carrent Issus, Rev. ed Dorsey Press, 1983, p. 3.

٥- عبد الحى محمود حسن، الرعاية الاجتماعية تطورها وقضاياها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ١٨.

٦- بدر كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ص ١٥ - ١٧.

7- Zastrow, c., Op. cit, P.12

٨- الفاروق ذكى يونس، الخدمة الإجتماعية و التغير الإجتماعى المرجع السابق، ص ١٦.

٩- أحمد مصطفى خاطر، الخدمة الإجتماعية نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية، ١٩٨٤، ص ١٢.

١٠- محمد إبراهيم عبد الغنى، الرعاية الإجتماعية والخدمة الإجتماعية، النظرية والتطبيق، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، ١٩٨٦ ص ص ١٧ - ١٨.

١١- عطيات ناشد، وآخرون الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ١٨٣

١٢- كامليا عبد الفتاح، مستوى الطموح والشخصية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٧٢

١٣- حامد زهران، الصحة النفسية، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٥٧

١٤- عاطف وصفى، الشخصية المصرية التقليدية، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٧. ص ص ١٠١ - ١٠٣.

١٥- انظر فى هذا الشأن كل من:
- محمد خليفة بركات، تحليل الشخصية، كلية مصر، بدون سنة نشر، ص ١٦٦
- محمود محمود الزينى، سيكلوجية الشخصية بين النظرية والتطبيق، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٣٨.
١٦- أحمد محمد السنهورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادى، جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ص ٣٠ - ٣١.
١٧- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ٤.
١٨- حامد زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، المرجع السابق، ص ١٥٠.
١٩- مصطفى فهمى، الصحة النفسية، دار الثقافة، القاهرة، ١٩٦٣، ص ١١.
٢٠- يوسف مراد، دراسة فى التكامل النفسى، دار النشر والثقافة النفسية، القاهرة، ١٩٥٨، ص ٣٢١.
٢١- أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، (ط٩)، ١٩٧٣، ص ٢٩.
٢٢- يحيى الرخاوى، دليل الطالب الذكى، دار عطوة للطباعة، القاهرة، ١٩٨٠، ص ٤٩.
٢٣- محمود محمد الشربينى، سيكلوجية الشخصية، المرجع السابق، ص ٣٩.
٢٤- محمود محمد الزينى، المرجع السابق، ص ٩٧.
٢٥- إبراهيم مدكور، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٥، ص ١٧٨.
٢٦- أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المرجع السابق، ص ٢٤٥.
٢٧- سمية فهمى، مجالات الصحة النفسية فى المدرسة، سلسلة التربية فى الوطن العربى، دار مطابع الشعب، ١٩٦٥، ص ١١٣.
٢٨- أحمد عزت راجح، المرجع السابق، ص ٤٧٢.
٢٩- محمود محمد الزينى، المرجع السابق، ص ص ٢٣٥ - ٢٤٠.
٣٠- محمود محمد الزينى، المرجع السابق، ص ص ٢٤٥.
٣١- المنجد فى اللغة، بيروت، دار الشرق، ١٩٦٠.

٣٢- حامد زهران، المرجع السابق، ص ٧١.
٣٣- عاطف غيث، وآخرون، مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٥، ص ١٨.
٣٤- أحمد محمد السنهورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ص ٣٧ - ٣٨.
٣٥- محمد مصطفى أحمد، المرجع السابق، ص ٢٧.
٣٦- أحمد عزت راجح، المرجع السابق، ص ٢٣.
٣٧- أحمد محمد السنهورى، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٢.
٣٨- جمال شحاته حبيب، احتياجات الرعاية الاجتماعية فى مجتمع صحراوى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨١.
٣٩- نجيبة الحصرى، علم النفس والاحصاء الاجتماعى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٢، ص ص ١٢٨ - ١٢٩.
٤٠- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ص ٣٩ - ٤٠.
٤١- مصطفى فهمى، الصحة النفسية، مرجع سابق، ص ص ١١ - ١٦.
٤٢- سعد جلال، ومحمد علاوى، علم النفس التربوى الرياضى، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٢، ص ٢٧٤.
٤٣- انتصار يونس، السلوك الإنسانى، دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٤، ص ٣٩٠.
٤٤- وحول مفهوم المشكلة وأبعادها وتصنيفها انظر كل من:
- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع النامى، المرجع السابق، ص ص ١١٧ - ١٢٥.
- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ٣١.
- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ص ٤٣ - ٤٦.
٤٥- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ومجالات رعاية المعوقين، رؤيا متطورة للواقع العربى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٢٥٦.

٤٦- فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، سيكلوجية الأطفال عير العادين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ١٩٨٨، ص ١٧ .
٤٧- يحيى درويش، دراسة تاريخ التأهيل الاجتماعي في مصر، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ج. م. ع، ١٩٨٦، ص ٥١ .
٤٨- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ص ٢٦ - ٢٧ .
٤٩- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق، ص ص ٢٥٦ - ٢٥٧ .
٥٠- انظر في هذا الشأن:
- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ٢٧ .
- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ٤٩ .
- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٣، ص ١٧٧ .
- أحمد عبد المجيد الصاوى، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد الرابع والعشرون، جامعة الكويت، ١٩٩٦، ص ٢١٥ .
٥١- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ٢٨ .
٥٢- محمد عبد المؤمن حسين، سيكلوجية غير العاديين وتربيهم، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ١٩٨٦، ص ١٢ .
٥٣- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٢٩٧ .
٥٤- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٢، ص ص ٢٢ - ٢٤ .
٥٥- محمد محمود الجوهرى، عبد الله الخريجي، طرق البحث الاجتماعي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٠، ص ص ١٨٥ - ١٨٦ .

الفصل الثالث

العوامل المسببة للإعاقة

تقديم

- **أسباب الإعاقة.**

تصنيف الإعاقة وتشمل:

- **المعوقون جسمياً.**
- **المعوقون حسياً.**
- **المعوقون عقلياً.**

المراجع

العوامل المسببة للإعاقة

تقديم:

يعتبر وجود الفئات الخاصة من المعوقين فى أى مجتمع من المجتمعات الحديثة ظاهرة اجتماعية فرضت نفسها بسبب التعقيد القائم فى الحياة الاجتماعية المعاصرة، والتى نشأت نتيجة لظروف الحروب المتتالية وحركة التصنيع المستمرة، وخلاف ذلك من مظاهر الحياة العديدة فى عصرنا الحاضر والتى أدت إلى زيادة نسبة المعوقين من ناحية، وتعدد مظاهر وأنواع الإعاقات من ناحية أخرى.

وأظهرت العديد من الدراسات فى هذا المجال التزايد المستمر فى فئات المعوقين الأمر الذى أدى إلى ضرورة تصنيف هذه الإعاقات بغية التخطيط ووضع البرامج الخاصة برعايتهم.

ويرى البعض أنه أيا كانت تصنيفات الإعاقة فإن أصحابها يستحقون الشفقة والاهتمام، ويرون أن هناك أنواعاً عديدة من الإعاقة مثل العاجزين، والمبتورين، التهاب المفاصل المزمن، المكفوفين، مشاكل العظام، الضعف العقلى، الحروق، السرطان، الشلل المخى، الأصم، البول السكرى، الاضطرابات العاطفية، المشوهين، الخرس، الشلل، الاضطرابات النفسية .. إلخ.

ورغم تعدد الأسباب الكامنة وراء الإعاقة أو أنواعها سنحاول فى هذا الفصل تقديم عرض مختصر لأكثر التصنيفات شيوعاً فى مجال الإعاقة، ونناقش أيضاً العوامل الوراثية والبيئة التى تكمن وراء إصابة المعوقين بعاهة معينة أو متعددوات الإعاقات.

أسباب الإعاقة:

تعددت الكتابات حول الأسباب الكامنة وراء حدوث الإعاقات المختلفة ورغم هذا كان هناك شبه إتفاق على الدور الذى تلعبه كل من العوامل، الوراثية والعوامل البيئية فى هذا الشأن.

ويمكن أن نقسم أسباب الإعاقة إلى سببان رئيسيان هما:

١- أسباب وراثية.

٢- أسباب بيئية.

١- الأسباب الوراثية:

وتشمل الحالات التى تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الجينات الموجودة على الكروموسومات فى الخلايا، مثل الاستعداد الموجود عند بعض الأسر كالنزيف ويسمى مرضى الهيموفيليا Hemophilin والضعف العقلى، والاستعداد للإصابة بمرض السكر والزهرى الوراثى الذى تنتقل فيه العدوى من الأب إلى الأم إلى الجنين، كما أن النقص الوراثى فى إفرازات الغدة الدرقية يؤدى إلى نقص النمو الجسمى والعقلى، وبصفة عامة يمكن القول أن حالات الإعاقة الوراثية أقل من حالات الإعاقة البيئية.

٢- الأسباب البيئية:

إن الوراثة حصيلة المؤثرات الموجودة داخل الكائن الحى المتصلة بالتكوين الجينى، أما البيئة فهى حصيلة المؤثرات الخارجية التى بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة وتسير مع العوامل الوراثية منذ نشأتها فى علاقة تفاعلية . وتشمل البيئة مؤثرات ما قبل الولادة، مؤثرات أثناء الولادة، مؤثرات ما بعد الولادة.

أ- مؤثرات ما قبل الولادة:

إن إصابة الأم مثلاً فى بداية الحمل بالحصبة الألمانية تؤدى إلى احتمال تعرض الجنين لإصابات العين والقلب، كما أن صحة الأم خلال فترة الحمل فى نوع تغذيتها عاملان يتوقف عليهما ما إذا كان الطفل يولد سوياً أو غير سوى[1] .

وتوجد مجموعة من العوامل البيئية التى تزيد من نسبة إعاقة المواليد.

١- إنفصال المشيمة.

٢- المشيمة المتقدمة.

٣- عدم كفاءة المشيمة.

وتؤدى هذه الأسباب إلى بطء نمو الجنين، وصغر حجمه، كما تؤدى إلى الولادة المبكرة وإلى حدوث الاعاقات التكوينية.

٤- عمر الأم: ويزداد احتمال حدوث الاعاقة فى حالة الأمهات اللاتى يقل عمرهن عن ١٧ سنة أو يزيد عن ٣٥ سنة.

٥- نقص الأكسجين، مما يؤثر على تلف بعض خلايا المخ.

٦- زيادة الاكسجين، وبخاصة فى حالات الولادة المبكرة.

٧- وجود بعض العيوب بالحوض لدى بعض الأمهات.

٨- الحمل المتعاقب والمتكرر.

٩- إصابة الأم بالأمراض المزمنة مثل داء السكرى وأمراض القلب وفقر الدم الشديد وأمراض الجهاز التنفسى.

١٠- إدمان الأم للتدخين والمسكرات والمخدرات.

١١- تسمم الدم.

١٢- توقف عملية تبادل الغازات، وهى مسئولة عن حدوث حوالى (٩٠) بالمائة من حالات الشلل المخى، وتحدث هذه الحالات غالباً من جراء مشاكل الحبل السرى وغيرها.

١٣- إصابة الأم بالنزيف أثناء الحمل.

١٤- إرتفاع ضغط الدم لدى الأم الحامل.

١٥- الولادة المتعسرة.

١٦- سوء استعمال المخدر أثناء عملية الولادة.

١٧- استعمال بعض أدوية علاج ضغط الدم المرتفع[٢].

ب- مؤثرات أثناء الولادة:

وهذا يحدث إذا كان حجم المولود كبيراً بالنسبة للأم. أو الإهمال فى النظافة أثناء الولادة فمثلاً عدم غسل عينى الطفل بالماء والصابون قد يؤدى للإصابة بالرمد الصديدى وهو من عوامل فقد البصر، والطفل الذى يولد

قبل موعد ولادته الطبيعية يمكن أن يصاب بنزيف فى المخ، ويرتبط أيضاً بحالات الولادات المتعسرة أو إصابة الجنين ببعض الميكروبات أو عدم توفير الاكسجين[٣].

حـ- مؤثرات ما بعد الولادة:

وتنقسم إلى العديد من المسببات منها:

١- الأمراض: ومن أهمها أمراض الطفولة التى تصيب الإنسان فى أى مرحلة من مراحل السنة الأولى ومن الأمراض ما يسبب عجزاً مباشراً ومنها ما يكون العجز نتيجة مضاعفات المرض.

٢- حوادث المنزل.
٣- حوادث العمل.
٤- حوادث الطريق.
٥- الحروب.
٦- سوء التغذية.
٧- المرض النفسى.
٨- المخدرات والكحوليات.
٩- ضعف السمع والصمم.
١٠- فقدان البصر.
١١- الفقر والعجز[٤].

ورغم تعدد الأسباب الكامنة وراء أسباب الإعاقة، والعوامل التى تؤدى إلى حدوثها، إلا أن هناك شبه اتفاق على دور كل من العوامل الوراثية، والعوامل البيئية.

وفى إطار ما تقدم نستطيع أن نقدم للقارئ مجموعة من الأسباب والعوامل التى تلعب دوراً رئيسياً فى حدوث الإعاقة، مع العلم بأن هذه الأسباب ليست هى فقط المسببة للإعاقات الإنسانية، وأهم هذه العوامل ما يلى:

أولاً: العوامل الخلقية Congenital Disorders، وتشير هذه العوامل إلى مجموعتين رئيسيتين هما: العوامل الوراثية الجينية، والعوامل غير الوراثية:

١- العوامل الوراثية الجينية، وتؤثر هذه العوامل على حدوث إصابات تقدم بما يقرب (٣٪) من حجم أعداد الولادة فى العالم، كما تؤدى إلى حدوث وفاة مبكرة لدى الأطفال الرضع، ولكن معظمها يسبب حدوث

إعاقات للأطفال منذ الولادة وحتى سن البلوغ. وأكثرها إعاقات تكون عقلية أو فقدان السمع والبصر كلية، كما تؤدى إلى حدوث إعاقات جسمية أو حركية أخرى.

٢- العوامل غير الوراثية، تشكل هذه العوامل، إحدى الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقات سواء فى الدول النامية أو المتقدمة، ولكنها تظهر بصورة أكثر على مستوى الدول النامية، والتى يولد بها (―٤―) عدد الأطفال المولودين سنوياً على مستوى العالم، كما تنتج تلك العوامل، عن عدم توافر البيئة الصحية الملائمة، التى تؤثر على الجنين أثناء فترات الحمل، وولادة أطفال ناقصى النمو بدرجة كبيرة نتيجة لسوء التغذية. وتندرج تحت هذه العوامل مجموعة فرعية مسببة لحدوث الإعاقة ومن أهمها:

أ- سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل. كما أشرنا سابقاً، أن حدوث هذه الأمراض تتركز بصورة أكثر فى الدول النامية، التى تنتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحوامل، وولادة الأطفال ناقصى النمو، كما يسهم فى زيادة حدوث الإعاقات نتيجة هذه الأمراض، قلة الوعى الاجتماعى والصحى، والزواج المبكر وكثرة الإنجاب.

ب- الأمراض التى تصيب الأم الحامل، ومن أهمها مرض الحصبة الألمانية الذى يصيب الأم الحامل، ويؤثر على الجنين وحدوث إعاقات متعددة على الأطفال بعد الولادة. كما تساهم أمراض أخرى فى ذلك أيضاً، مثل الانفلونزا والزهرى، والعديد من الإصابات الفيروسية الأخرى. كما تشكل إصابة الأم الحامل بأمراض، مثل السكر، والتهاب الغدة الدرقية، وتناول العقاقير بدون إستشارة االأطباء، وإدمان المسكرات والمخدرات، وعقاقير الهلوسة وغيرها، فى حدوث إعاقات متنوعة للأطفال خلال فترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة. علاوة على ذلك، تساهم العادات والتقاليد الخاصة بزواج الأقارب، والزواج المبكر أو المتأخر من حدوث إعاقات متعددة أيضاً.

ثانياً: الأمراض المعدية المتنقلة Communicable Diseases، تؤدى هذه الأمراض إلى زيادة معدلات الإعاقة ونسبة المعوقين بوسائل متعددة مثل:

١- إصابة الجنين خلال فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل.

٢- الخلل فى عملية التغذية، والإصابة بالأمراض المعدية مثل النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال، ونقص المناعة نتيجة لسوء التغذية وحدوث الجفاف.

٣- تكرار الأمراض المزمنة، والتى تؤثر فى زيادة معدلات العجز، مثل السل والملاريا.

٤- حدوث الإصابة بالأمراض الميكروبية أو الفيروسية المعدية، والتى تؤدى إلى إعاقات دائمة، مثل حالات شلل الأطفال أو الإلتهاب السحائى أو التراكوما والجذام. ويمكن الإشارة إلى بعض التقديرات لحدوث تلك الأمراض ومدى صلتها بحدوث الإعاقة:

(أ) شلل الأطفال: Poliomyelitis. قبل إكتشاف اللقاح الوقائى لهذا المرض، كانت تمثل الإصابة به ٣٪ من كل مائة ألف حالة من السكان سنوياً. وتقدر نسبة إصابة المرض فى الدول النامية وخاصة التى تطبق برامج التحصين الشامل بحوالى (٢,٥ مليون) أو حدوث ٧٥ ألف إصابة سنوياً.

(ب) التراكوما – Trachoma. يعد هذا المرض من أكثر الأمراض المعدية إنتشاراً فى العالم ويصيب العيون، حيث يقدر إجمالى الإصابة سنوياً ما بين (٤٠٠ – ٥٠٠ مليون)، يفقد من بينهم (٢ مليون) أبصارهم كلية نتيجة هذا المرض، وحوالى (٨ مليون) آخرون يصابون بقصور شديد فى الإبصار.

(حـ) الجذام – Leprosy، تشير التقديرات العالمية أن حوالى ١٥ مليون) يصابون بهذا المرض، فمن بينهم (٣,٥ مليون) معاقون تماماً.

وبالإضافة إلى تلك الأمراض المعدية، هناك مجموعة أخرى من تلك الأمراض، تؤدى إلى حدوث إعاقات متعددة وتصنف ضمن الأمزاض المعدية

المتنقلة مثل (الملاريا، والسل، والإلتهاب السحائى، والحصبة، والأمراض السرية). وتقدر عموماً، نسبة الإعاقة بتلك الأمراض المعدية مجتمعة بحوالى (١٪) من إجمالى سكان العالم.

ثالثاً: الأمراض الجسمية غير المعدية – SomaticNon-communicable ، وتسهم هذه الأمراض فى زيادة معدلات الإعاقة فى العالم، ومن أهم هذه الأمراض ما يعرف، بالإنزلاق الغضروفى، وروماتيزم المفاصل، وأمراض القلب، والصرع والسرطان، وبعض أمراض العيون، والجهاز التنفسى، وضغط الدم وغيرها. وتشير بعض تقديرات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالى حالات الإعاقة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية تقدر بحوالى (٢٠ مليون) على مستوى العالم، ولكنها ترتبط بحالات كبار السن، كما أنها تنتشر بصورة أكثر فى الدول المتقدمة. كما يعتبر السرطان من أهم تلك الأمراض وتنتج عنه حالات إعاقة تقدر (٠,٧٥٪) من إجمالى سكان العالم.

رابعاً: الأمراض النفسية والعقلية، تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالى إصابات الأمراض النفسية والعقلية على المستوى العالمى تقدر بحوالى (٤٠ مليون) نسمة. إضافة إلى ذلك، يصيب مرض (الصرع) بفرده حوالى (١٥ مليون) نسمة من إجمالى سكان العالم. وتساهم العديد من الأمراض النفسية الناجّة عن سوء التكيف الاجتماعى والنفسى فى كثير من حالات الإعاقة، وخاصة حالات عيوب النطق والكلام مثل التأتأة والفأفأة وغيرها، كما أن العديد من هذه الأمراض تنتج عن أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية غير السليمة والمتطرفة كما فى حالات التدليل الشديد للأطفال، أو حالات الحرمان والمعاملة الأسرية القاسية.

خامساً: الحوادث، يشير مفهوم الحوادث إلى معانٍ متعددة فى الوقت الحاضر، وتسهم بصورة كبيرة فى زيادة معدلات الإعاقة بصورة عامة. وتعتبر حوادث الطرق والمرور مسئولة عن إعاقة (٨,٥٪) من المعاقين عالمياً، والتى تقدر نسبياً بحوالى (٣٠ مليون) نسمة. وبالطبع، ترتبط زيادة معدلات هذه النسبة بدرجة التحضر والتصنيع والوضع الاقتصادى. وبالفعل، أشارت

معدلات الدراسة الميدانية إلى نسبة عالية جداً، وخاصة فى مجتمعات الخليج العربى وهذا ما سوف نشير إليه فيما بعد.

وتعتبر حوادث العمل أيضاً من أهم الحوادث مساهمة فى زيادة معدلات الإعاقة، وتسهم بحوالى (٤,٥ ٪) من المعاقين عالمياً أو ما يقدر بحوالى (١٥,٥) مليون معاق. أما حوادث المنازل فينتج عنها (٦,٥ ٪) من حالات الإعاقة أى ما يعادل (٣٠ مليون) هذا بالإضافة إلى، مجموعة الحوادث الناتجة عن الكوارث الطبيعية مثل الحروب والزلازل والفيضانات والعواصف والجريمة والرياضة. وبالطبع، تتفاوت معدلات هذه النسب على مستوى بلدان العالم. فأحياناً تقدر إحدى نتائج الحروب وحدها بما يقدر بحوالى ٣ مليون معاق.

سادساً: الإدمان، ويقصد بالإدمان هو، عمليات الإدمان على المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة. وفى حقيقة الأمر، أن حوادث الإعاقة من الإدمان فى حالة متزايدة على المستوى العالمى، نتيجة لعوامل متعددة يصعب سردها حالياً، كما توجد هناك صعوبات جمة فى معرفة الإحصاءات الرسمية أو على الأقل التقديرية فى أى مجتمع من المجتمعات النامية أو المتقدمة، وذلك لاعتبارات متعددة أخرى. وإن كانت تشير نتائج إحدى الدراسات التى أجرتها منظمة الصحة العالمية، فى ١٤ دولة أن نسبة المدمنين تزيد عن (٢ ٪) من إجمالى عدد المجتمعات ذاتها، كما أن هناك ما لايقل عن حوالى ٤٠ مليون معاق أو عاجز نتيجة للإدمان على مستوى العالم.

وبصورة موجزة، يوجد الكثير من التفاوت بين دول العالم حول معدلات الإدمان وأثرها على الإعاقة، ولكن يمكن إعتبارها من أهم العوامل المسببة لها فى الفترات الحالية. وبالطبع، يرجع طبيعة التفاوت بين الدول لنوعية القوانين والتشريعات والجزاءات والبيئة الاجتماعية والاقتصادية، وغير ذلك من مجموعة عوامل متداخلة. وتشير إحدى التقديرات أن إجمالى إدمان المخدرات تقدر بحوالى ١ - ٢ ٪ فى إيران على سبيل المثال، بينما تصل فى الولايات المتحدة إلى ١٠ ٪ من إجمالى عدد السكان. كما يصل معدلات الإدمان على المستوى العالمى بحوالى ٢ ٪ من إجمالى عدد السكان.

سابعاً: سوء التغذية، يرجع إنتشار هذا المرض لطبيعة الظروف الاجتماعية والاقتصادية، كما يعتبر سوء التغذية من أكبر المشاكل الصحية العالمية، حيث يصيب ما يقرب من (٥٠٠ مليون) نسمة في الدول النامية، ولها نتائج سلبية على الأطفال الرضع والحوامل، ويساهم بمعدلات عالية في إرتفاع نسبة الإعاقة العالمية. ويعد نقص البروتينات من أكثر أمراض سوء التغذية، حيث يقدر بما لايقل عن (١٠٠ مليون) طفل ومن سن الخامسة مصابون بهذا المرض في العالم الثالث. كما يسهم نقص فيتامين (أ) في الإصابة بالعجز الكلي أو الجزئي، وأن أكثر من (١ – ١٥) ألف طفل يفقدون أبصارهم سنوياً نتيجة هذا المرض. أما مرض إفتقار الغذاء إلى عنصر اليود والمسمى بمرض (الجوتر البسيط) فإنه يصيب (٢٠٠ مليون) طفل في العالم، كما يؤدي إلى كثير من الإعاقات العقلية. ويعاني ما بين ٥٠ – ٨٠٪ من الأمهات الحوامل من مرض الأنيميا، وكذلك نسبة كبيرة من الأطفال، مما يؤدي ذلك إلى حدوث إعاقات متنوعة. كما تسهم أمراض أخرى تحدث نتيجة سوء التغذية مثل الكساح، ونقص فيتامين (د) والكالسيوم على نمو العظام في زيادة حالات الإعاقة المختلفة.

ثامناً: كبر السن، تعتبر حالات كبر السن من العوامل المسببة للإعاقة، وتقدر هذه الفئة ممن يزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة فأكثر. ويبلغ تمثيل هذه الفئة بحوالي ٢٠٪ من إجمالي عدد المعوقين. وإن كانت لاتوجد تقديرات أو إحصاءات حول هذه الفئة العمرية على مستوى العالم أو الدول المتقدمة والنامية. مشكلة كبار السن من المشاكل، التي تواجه معظم الدول المتقدمة وأيضاً النامية، وتحتاج إلى المزيد من الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية. وعموماً، فإنها تسهم في زيادة معدلات الإعاقة ومشكلة المعوقين على المستوى العالمي.

تاسعاً: أمراض أخرى بيولوجية ومهنية وبيئية، وتشير هذه الأمراض، إلى الحالات الأخرى التي تسهم في مشكلة المعوقين وزيادة نسبتهم، من أهم تلك الأمراض، حالات الولادة المتعسرة أو الناقصة والأمراض المهنية المتعددة، وحالات التسمم من الطعام أو المواد السامة، والحرائق، والجريمة. ويبلغ

تقريباً إجمالى عدد المعاقين من هذه العوامل مجتمعة بحوالى (٢ - ٣ مليون) فرد على مستوى العالم.

عاشراً: الإيدز Aids. يعتبر مرض الإيدز من الأمراض الحديثة جداً، والتي لم تعرف إلا فى منتصف الثمانينات، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولى الحالات ظهرت فى الولايات المتحدة عام ١٩٨١، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من المرض، توفى منهم بعد خمس سنوات ٢٠ألف فرد. وفى الواقع، إننا نشير هنا لهذا المرض، باعتباره من الأمراض الاجتماعية والبيولوجية الحديثة، التى تؤثر على معدلات الإعاقة. وبالرغم من غياب الاحصاءات الدقيقة حتى الآن، إلا أننا نرى أن مرض الإيدز، يعد أكثر خطورة من أمراض تسبب الإعاقات، مثل التراكوما أو الجذام. كما أن هناك حالياً العديد من الدول، التى اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من اتخاذها لأمراض مثل السل الرئوى والجذام والدرن وغيرها من الأمراض التى تعتبر من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة والسبب يرجع إلى طبيعة ظروف مرض الإيدز والذى يؤدى إلى العزل الاجتماعى الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين[٥].

تصنيف الإعاقة:

تؤكد الدراسات ضرورة النظر إلى المعوقين كجماعات ذات ظروف خاصة ومشكلات متشابهة، يمكن إتباع أسلوب معين لتقديم الخدمات الاجتماعية لهم ورعايتهم.

وقبل أن نعرض لتصنيفات المعوقين، سنقوم بعرض للمداخل النظرية لتحديد الأسوياء Normal وغير الأسوياء Ubnormalوذلك على النحو التالى:

١ - مدخل الأعراض Sympton Approach

وهو مدخل يربط الشذوذ باختلاف السلوك عن المألوف عند عامة الناس، أو صدور سلوك نعرف مقدماً بشذوذه، ويوجه النقد إلى هذا الاتجاه حيث أنه لايستطيع متابعة هذه الأعراض ومتابعة استمراريتها ومدى شدتها بأساليب مقننة.

٢- المدخل الثقافى Caltural Approach

ويركز هذا المدخل على استخدام الثقافة بمفهومها العام، فى التعرف على الأنماط السلوكية الشاذة، عن طبيعة ثقافة مجتمع معين، ولكن هذا المدخل يفتقد إلى النظرة الشمولية والعمومية إلى الثقافة وتباينها سواء بين الجماعات الصغيرة أو المجتمعات المحلية أو على مستوى المجتمع العام.

٣- المدخل الاحصائى statislical Approach

ويعتمد أصحاب هذا المدخل على أهمية استخدام الاحصاءات المختلفة فى التعرف على درجات السلوك غير السوى أو ما هو مألوف لدى الأفراد العاديين أو سلوكهم، وذلك عن طريق الاعتماد على قضايا احصائية مثل الانحرافات المعيارية. والنزعات المركزية وغيرها.

٤- المدخل الأكلينيكى Clincal Approach

وهو مدخل موضوعى يكشف عن الشذوذ وفق اختبارات ومقاييس عملية طبية أو نفسية أو اجتماعية. وإن كان يتطلب مقاييس دقيقة لتحديد الشواذ من حيث المدى والمستوى(٦).

ومن ثم فنجد أن تحديد السواء والشذوذ لابد أن يحدد اجرائياً عند دراسة الظواهر تجنباً لمثالب التعميم، أما تصنيفات المعوقين فهى تتعدد وفقاً للعامل الذى يؤخذ فى الاعتبار عند التقسيم، فلو نظرنا إلى سبب العجز نجد أن هناك مجموعة من المعوقين لأسباب وراثية أو أسباب خلقية التى ترجع لاصابات الجنين أثناء الحمل وعملية الوضع، ومجموعة لأسباب حوادث العمل، ومجموعة أخرى لإصابات الحروب وهكذا.

وقد يصنف المعوقين بحسب عامل الزمن والثبات مثل مجموعة المعوقين التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لايرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارئ المائل للشفاء، وتختلف الأسس التى تقوم عليها عملية التأهيل لكل منهم.

وهناك تصنيف آخر وهو معوقين أصحاب عجز ظاهر وهم أصحاب العاهات البدنية أو الحسية كالمكفوفين والمقعدين والصم والتخلف العقلى ... إلخ، وأصحاب عجز غير ظاهر وهم مرض القلب والدرن وغيرهم أى

أصحاب الأمراض التى لاتبدو واضحة أو ظاهرة(٧).

وهناك تصنيف شائع بين العلماء للمعوقين يرتبط بمجال العجز والعاهة ويصنف المعوقين إلى الفئات الآتية:

أولاً: المعوقون جسمياً:

وتعنى هنا الإعاقة الجسمية تلك التى تنتج عن قصور أو عجز فى الجهاز الحركى، وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغى، أو شلل الأطفال أو بتر طرف من أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث يؤدى إلىٰ تشوه في العظام أو المفاصل أو ضمور ملحوظ فى عضلات الجسم، وقد ترجع أحياناً إلى العوامل الوراثية أو المكتسبة، وتشمل الاعاقة الجسمية على ثلاث أنواع من الاعاقات نوردها فيما يلى:

أ- المقعدون Caippled.

ب- أمراض القلب. Cardiac Diseases

حـ- شلل الأطفال Poliomyelitis

أ- المقعدون:

المقعد بصفة عامة، نعنى به الشخص الذى لديه سبب يعوق حركته، والذى كان يطلق عليه قديماً لفظ كسيح Crippled. ولقد تطور هذا المفهوم حالياً ليشمل فئات متعددة أوسع نطاقاً من معنى «الكسيح» ليطلق لفظ «المقعد» على تلك الحالات التى تعجز فيها العضلات، أو العظام أو المفاصل عن القيام بوظيفتها الطبيعية، نتيجة شلل الأطفال، أو سل العظام، أو أنواع الشلل المختلفة، بل حتى أمراض القلب ذاتها(٨).

تعريف المقعد:

يتفق العلماء على تعريف المقعد بأنه:

«ذلك الفرد الذى تعوق حركته ونشاطه الحيوى فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية وبالتالى تؤثر على تعليمه وإعالته لنفسه».

أما الطفل المقعد، فيعرف بأنه ذلك الفرد الذى لم يبلغ ٢١ عاماً ولديه عائق خلقى، أو مكتسب بطريق المرض، أو الإصابة، أو الجروح، بحيث يصبح أو ينتظر أن يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية. مع استبعاد حالات الإعاقة الحسية أو التأخر العقلى أو المرض العقلى.

أسباب القعاد:

ينتج القعاد عن أسباب مختلفة، تختلف فى حدتها وأعراضها تبعاً لحدة ونوع الأمراض التى تسبب القعاد ذاته. ورغم عدم دقة الإحصاءات فى مجتمعنا العربى التي توضح أسباب القعاد فقد نشر تقرير علمى فى الولايات المتحدة بأن نسبة الأمراض المسببة للقعاد هى: شلل الأطفال ٤٤,٣٪ – سل العظام ١٢,٦٪ – شلل تشنجى ١٤,٠٪، عاهات خلقية ١٠٪ – أمراض قلب ٨٪ – الحوادث ٦٪ – أسباب أخرى ١٦٪. وفى أبحاث أخرى أجريت في مختلف أنحاء العالم ما يؤيد مثل هذا التقسيم، ويتضح منه أن شلل الأطفال يأتى فى مقدمة أسباب القعاد حيث يمثل ٣٣٪ من النسبة العامة، وسنتناوله فيما بعد بشئ من التفصيل.

نطاق مشكلة القعاد:

المعوقون بالقعاد تتفاوت نسبهم فى كل مجتمع، حسب مقدار تعرض الأفراد للأسباب الرئيسية التى سبق ذكرها. فكلما زادت الرعاية الصحية، والنفسية فى المجتمع قلت حالات القعاد. ولقد وجد فى بعض الدراسات الحديثة أن حالات الإعاقة الخلقية مثلاً، ترجع لعدم العناية بالحامل ،وعملية الوضع. وبصفة عامة القعاد مقياس لمدى توفر الرعاية بكافة أنواعها للمواطنين.

وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين فى أى مجتمع بأنها ٣٪. وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك، وتبرز نسبة عالية قد تصل إلى ٩٪. وإذا أخذنا بالنسبة الأولى نجد أن عددهم يقدر فى جمهوريتنا بحوالى مائة ألف فرد، وهذا العدد لايمكن الاستهانة به، بل يجب العمل على تلافى الزيادة فيه.

ويمكن إجمال حالات القعاد حسب مسبباتها فيما يلى:

١- **القعاد بسبب العدوى والإصابة:** ويتمثل هذا النوع فى السببين الرئيسيين، وهما شلل الأطفال كمرض يصيب الجسم عن طريق العدوى أو سل العظام الناتج عن الإصابة بميكروب المرض، وينتج عنه إعوجاج فى العظام وبالتالى تعطيل شامل لها.

وفى هذه الحالات جميعاً يلاحظ أن التشخيص المبكر والإسراع بالعلاج يأتى بنتائج مشجعة، ولكن أقل تأخير فى ذلك يعرض المريض للإصابة بالقعاد الناتج عن المرض.

٢- **شلل أعصاب المخ:** وهو عبارة عن خلل فى الوظيفة الحركية للجسم، ترجع إلى إصابة المخ أثناء الولادة أو بعدها. وقد يحدث هذا النوع خلل فى وظيفة اللسان أو أعصاب الصوت أو أى عضو من الأعضاء التى تحدث الكلام وكذلك عضلات الحركة. وقد يظن البعض أن هؤلاءَ المصابين ضعاف عقول حيث أنهم غير قادرين على ضبط حركات الجسم أوالتحكم فى بعض العضلات التى تؤدى وظيفة معينة.

٣- **الإصابة أثناء عملية الوضع:** تحدث كثير من الإصابات فى الجنين أثناء عمليات الولادة العسرة. والملاحظ أن بعض الحالات التى يجب أن يجرى لها عمليات، تلد أطفالا مشوهين نتيجة لتعسر الوضع، أو لعدم توفر الإمكانيات لإجراء العملية وجهل المولدة. وقد تحدث نتيجة ذلك إصابة الجنين فى عضلات القفص الصدرى، أو الذراع أو الرجل أو الساق. وعادة ماتعوق الإصابة نمو العضو المصاب.

٤- **حالات متصلة بالقلب ووظائفه:** كما نعلم يعتبر القلب من أهم أعضاء الجسم، ولكن باعتباره عضوا غير مرئى، فإن أصابته ينتج عنها خلل فى وظيفته كعضو أساسى للجسم – وتعتبر حالات مرضى القلب فى بعض الأحيان فى حكم الإقعاد الكامل، لأنها تحتاج لعون كبير فى عمليات الإنتقال وقضاء الحاجات، لذلك يعتبر مرضى القلب عامة، فى حاجة لرعاية خاصة إجتماعية وصحية حرصاً على عدم تطور الحالة وحياة المريض.

٥- **العاهات والتشوهات الخلقية**: وتحدث عادة أثناء نمو الجنين داخل رحم الأم. وقد يرجع السبب فى التشوهات إلى عامل وراثى من جانب الأم أو الأب، وهناك بعض أنواع التشوهات يتناقلها جيل بعد جيل منها الحالات العصبية التى قد تعجز عن التحكم فى التبول أو التبرز أو الحركة، وعادة ماتكون طريحة الفراش.

٦- **الحوادث**: وأهمها حوادث المرور والحريق والإصابة أثناء اللعب والعمل.

٧- **الأورام والأمراض الخبيثة**: وهذه تنتج عن خلل فى وظيفة العضو بسبب الإصابة. وقد تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، أو تكون ناتجة عن خلل فى نمو العظام أو الاضطرابات الناشئة فى الجسم، بسبب التغيرات الكيمائية إلى غير ذلك من الأسباب التى لم تعرف بعد.

وسوف نورد فى هذا الباب مرضين هامين يسببان القعاد هما شلل الأطفال والقلب وأمراضه.

ب- أمراض القلب:

أمراض القلب متنوعة ومتعددة تتمثل خطورتها فى أنها تمس أهم عضو فى جسم الإنسان، يتحكم فى سلامة حياة الفرد وبقائه، وفى إصابته بمرض من الأمراض مايهدد هذه الحياة وهذا البقاء.

وإدراك الإنسان لأهمية هذا العضو وخطورة الإصابة فيه، يشكل مشكلة نفسية وإجتماعية كبيرة لمرضى القلب وأسرهم. ويضاعف من مسئولية الخدمة الإجتماعية الطبية. وأمراض القلب مثلها مثل الكثير من الأمراض ترتبط بالسن وبالإستعداد الوراثى وبالظروف الإجتماعية والشخصية للمريض. فقد تظهر فى مراحل الطفولة أو فى المراهقة أو مرحلة النضوج أو فى الشيخوخة.

أمراض القلب فى مرحلتى الطفولة والمراهقة:

قد لايتم الإتصال الكامل بين جزأى القلب الأيمن والأيسر. ذلك الإتصال الذى يوجد قبل الميلاد، وبالتالى لايتم إغلاق القلب فى الوقت المناسب، ومن ثم يحدث امتزاج بين دم الوريد وبين الدم الذى اختلط

بالأوكسجين الذى يدفع إلى باقى أنسجة الجسم وهذه الحالة توجد مند الولادة أيضاً حيث يكون الشريان الذى ينقل الدم إلى الرئتين أضيق من الطبيعى، ومن ثم فإن كمية الدم الذى يحصل على الأوكسجين فى كل مرة تكون أقل من المعتاد، ونطلق على الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات (الأطفال الزرق) لأن وجوههم تكتسى باللون الأزرق، وهم دائما قصار النفس ويتعبون بسهولة، كما أنهم يحتاجون إلى عناية وإهتمام أكثر من الأطفال العاديين، وتلزمهم رعاية خاصة. وهؤلاء الأطفال يعيشون حتى مرحلة الشباب، ولكنهم يندر أن يعيشوا حتى يتجاوزوا مرحلة الشباب. وتفيد الجراحة فى بعض الحالات، والأمل معقود على تقدم الطب.

ومن الحقائق المعروفة أن حوالى ثلاثة أرباع أمراض القلب تقع قبل سن الحادية والعشرين. ففى مرحلتى الطفولة والمراهقة المبكرة يتعرض الشخص للإصابة بالروماتزم الحاد فى أحد صوره، ومالم تتخذ أشد الإحتياطيات، فإن القلب يتأثر بصفة دائمة[٩].

حمى روماتيزم القلب:

حمى روماتيزم القلب ليست مرضا معديا كالأمراض الأخرى، إذ لاتنقل من مريض إلى سليم. وعادة تحدث هذه الحمى عقب التهابات المسالك التنفسية كالأنف والزور واللوز. والجرثومة التى تسبب تقيح الحلق أو غيره تصيب غشاء القلب بالقرب من الصمامات ويكون نتيجة الضرر الذى يحيق بالصمام أو الصمامات حدوث ضيق فى المجرى ممايستلزم دفع الدم فيه عنوة. وفى حالات أخرى تتمدد الصماما فلاتغلق بإحكام ثم يتدفق بعض الدم عائداً مع كل نبضة قلب إلى التجويف الذى أفرغ منه. ولإمكان دفع الدم فى الصمام الضيق أو التصرف فى الدم الزائد الذى نتج عن الإنسياب المتراجع تحدث مضاعفات، أهمها تضخم تجاويف القلب، فتمددها، ولكن العضلة تكون أقل قوة. ولاتستطيع أن تتقلص بقوة. وعندئذ تظهر أمراض الإجهاد وتختزن دما أكثر فى التجاويف. كما يعود الدم من الأذين الأيسر ثانية إلى الرئتين. وينتج عن ذلك أعراض إحتقان الرئة. ويعتبر تورم الرجلين الذى يشبه الإستقساء تماماً النتيجة النهائية لهذا المرض.

ولهذا المرض أسبابه البيئة التى أهمها المعيشة فى أماكن رطبة ومزدحمة مما يساعد على إنتشار أمراض الجهاز التنفسى.

علاج مرضى القلب: مهما يكن من أمر المرض الذى يصيب القلب فإن العلاج الأساسى. هو الحد من نشاط المريض إلى الدرجة التى يحتملها القلب بغير أن يصاب بضرر جديد. ويجب أن توضع كل حالة إضطراب قلبى تحت رعاية الطبيب. فإذا قرر الطبيب وجود ملازمة المريض للفراش، فينبغى تنفيذ هذا القرار بكل دقة. وفى هذه الحالة لايجوز للمريض مغادرة الفراش، ولهذا القاعدة أهميتها الخاصة فى حالة الأطفال، الذين أصيب قلبهم بالروماتزم، لأن ملازمة الفراش فترة طويلة عند حدوث أول نوبة روماتيزم قلبية قد تنقذ المريض من ضرر بالغ الروماتزم الحاد عند الأطفال يستدعى بقاءهم فى الفراش مدة قد تصل إلى ستة أشهر، إذا أريد تجنب حدوث اضطراب قلبى دائم.

ويجب إختيار الوظائف التى يقل فيها العمل اليدوى إلى الحد الأدنى لمرضى القلب، وينبغى أداء قدر معين من التدريبات مالم يأمر الطبيب بالكف عنها.، فالمشى السهل أو الألعاب التى لاتقتضى قدراً كبيراً من الجهد لاتضير مريض القلب. وعموماً يجب أن يراعى المريض كل مايتصل بحالته الصحية بوجه عام.

ولقد أحدث التقدم العلمى الطبى ثورة فى تطور المرض، كما أمكن التغلب على كثير من المضاعفات وفى مقدمتها حالات الإستقاء التى كانت تعتبر فيما مضى علامة سيئة، وذلك بفضل المستحضرات الطبية الحديثة. كما أنه فى حالة انسداد أحد صمامات القلب أو تضخمه تجرى أحيانا عملية جراحية حتى يسمح للدم بالتدفق بحرية أكثر.

وقبل أن تختتم الحديث عن هذا الموضوع، نقول إنه إذا أمكن السيطرة على الحالات الروماتزمية فى الوقت المناسب بحيث لاتحدث أى ضرر فى مستهلها، وإذا إلتزم أولئك الذين إنتشرت فى أسرهم بعض أمراض ضغط الدم بالحيلة التى تبعدهم عن الإصابة بتصلب الشرايين. لن يكون مرض

القلب هو أكثر أسباب الموت شيوعاً كما هو الحال اليوم، وإنما سيصبح أندر أسباب الموت[١٠].

مرض القلب فى مرحلة البلوغ:

باستثناء النتائج على الإصابة بالروماتزم فى مرحلة الطفولة أو فى أوائل مرحلة البلوغ . فالإصابة بمرض الزهرى، تعتبر من أقوى أسباب الضرر بالقلب فى أوائل هذه المرحلة.

مرض القلب فى الشيخوخة:

وينتج عادة من تصلب الشرايين أو تلف عضلة القلب، وقد تجتمع الحالتان معاً. ويكون نتيجة ذلك تلف عضلة القلب، وهكذا تتأثر عملية دفع القلب للدم.

حـ- شلل الأطفال.

أطلق هذا الإسم على المرض منذ أكثر من مائة عام، عند ما لاحظ الأطباء أن هناك مرضاً منتشراً بين الصغار مصحوباً بأعراض شلل فى العضلات. وبتقدم البحث العلمى أمكن معرفة هذا المرض. ويلاحظ أن الغالبية العظمى من حالات الإصابة تقع بين الأطفال الرضع وسن الطفولة المبكرة، أما إصابات الكبار فهى موجودة ولكنها نادرة.

وميكروب شلل الأطفال دقيق جداً داخل خلايا الجهاز العصبى. أما أعراض المرض فأهمها الشعور بنزلة بردية خفيفية، مع إرتفاع فى درجة الحرارة وألم فى الظهر والرأس، وقد يصاحب بعض هذه الأعراض إسهال شديد أو قد يشعر الطفل بتوعك بسيط. والملاحظ أن هذه الأعراض قد تظهر فى اليوم الثانى أو الرابع للإصابة. وقد يصيب المرض الأطراف أو أعضاء الجسم الأخرى كالجهاز التنفسى أو الحجاب الحاجز أو عضلات البلع والحنجرة.

أنواع المرض:

النوع الأول: إصابة عضلات الجسم:

وتبدأ فى أجزاء كثيرة من الجسم دون ترتيب، من حيث توزيع الإصابة

على العضلات. وكثيراً ماتنكمش الإصابة وتصبح فى جزء معين من الجسم، ويصاحب ذلك ضمور فى العضلات المصابة مع حدوث تشوهات بها.

النوع الثانى: إصابة عضلات التنفس أو البطن:

تتميز الإصابة فى عضلات التنفس والحجاب الحاجز بحدوث ضيق وصعوبة فى التنفس، مع عدم إنتظامه ووجود زرقة فى جسم الطفل، ويحتاج الطفل فى هذه الحالة إلى وضعه فى الرئة الحديدية مع إمداده بالأكسجين اللازم.

النوع الثالث: إصابات عضلات البلع والحنجرة:

ويحدث نتيجة الإصابة عدم القدرة على البلع وتغير الصوت وأحياناً يحدث اختناق نتيجة تقلص الأحبال الصوتية.

طرق العدوى: الإنسان هو ناقل العدوى الأساسى، ويوجد الميكروب فى موضعين أساسين. الأول فى الحلق والثانى فى الأمعاء. ولذلك تحدث العدوى عن طريق الرذاذ، أو تناول أطعمة ملوثة. والإختلاط بالمرضى من أهم عوامل إنتشار المرض.

المناعة ضد المرض: أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين للأطفال بالمصل الواقى. وهذه العملية إجبارية لجميع المواليد وتعاد ثانية عند بدء الإنتظام فى الدراسة.

علاج شلل الأطفال:

يتدرج العلاج الطبى حسب حالة المريض وعادة تنتهى بالآتى:

(أ) عمل أجهزة تعويضية تساعد المريض على الحركة.

(ب) إجراء عمليات جراحية فى حالات التشويه إذا استدعى الأمر.

(جـ) التأهيل المهنى وهى المرحلة الأخيرة من مراحل العلاج، وذلك بعد معرفة درجة العجز لدى الطفل. وبواسطة التأهيل يمكن إستخدام قدرات ومهارات الطفل المتبقية فى تعليمه وتدريبه.

ولقد أحدث العلم طفرة فى إحتمال إختفاء هذا المرض نهائيا. ومثال ذلك ماحدث فى تشيكوسلوفاكيا التى عممت مصل شلل الأطفال (سابين) عن طريق الفم لكل المواليد، وكانت النتيجة خلال ١١ عاماً فقط أن انخفضت نسبة الإصابات من ثلاثة آلاف حالة سنوياً إلى الصفر.

وفى مصر يحتاج الأمر فيها إلى المزيد من تكرار التحصين بمصل سابين وهو الأنسب لظروف بلادنا. ويجب تكرار التطعيم فى الأماكن والمناطق التى يشتبه فى عدم نجاح التحصين فيها. هذا بالإضافة إلى حملات توعية وتنظيمات طبية لتطعيم الأطفال الجدد، الذين يبلغون سن التحصين، وهذا أسهل بكثير من محاولة علاج الإصابات بالمرض، الذى يعتبر مشكلة صعبة تلازم، الطفل طول حياته(١١).

ثانياً: المعوقون حسياً:

وتتمثل هذه الإعاقات بحواث الإنسان كالبصر والسمع والنطق والكلام، وهى تؤثر على الوظائف البيولوجية التى تؤديها الحواس وتسبب له مشاكل فسيولوجية واجتماعية متعددة وسنقوم بعرض موجز لهذه الفئة:

أ- المكفوفون وضعاف البصر.

يظهر كف البصر نتيجة لأسباب عضوية وراثية أو ولادية أو مكتسبة، حيث تحدث نتيجة حادث أو مرض مثل التراكوما وغيرها من أمراض الرمد المعروفة، كما قد يكون كف البصر بصورة كلية أو جزئية، كما توجد أسباب أخرى لكف البصر كنقص الفيتامينات وسوء التغذية، ككل، كما تؤدى الإضطرابات الإنفعالية الحادة إلى العمى الهستيرى.

ويقصد بالكفيف من المنظور الإجتماعى الفرد الذى لايستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة إقتصادياً أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مواجهة عمله العادى(١٢). والكفيف فى جمهورية مصر العربية هو الفرد الذى لايستطيع أن يعد الأصابع على بعد متر واحد فى كل الظروف(١٣).

وتوجد مجموعة من الآثار المترتبة على كف البصر مرتبطة بشخصية الكفيف تذكر منها:

١- الآثار الناجمة عن عمليات النمو العقلى كالتصور والتخيل.

٢- التأثير على قدرة الفرد وعملية التفاعل الوجدانى.

٣- عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به.

٤- عدم قدرته على الحركة بحرية.

٥- عدم الشعور بالأمن والثقة بالنفس ويؤدى ذلك إلى العزلة الإجتماعية والإنطواء.

ب- الصم وضعاف السمع:

يعتبر الأصم هو الشخص الذى فقد سمعه ولايمكن إستخدام حاسة السمع فى حياته اليومية، وقد يحدث الصم بصورة خلقية موروثة قبل الولادة وأثناء الحمل، وذلك نتيجة لإصابة الأم بالحصبة الألمانية، أو إختلاف عامل الدم (R.H).

ويوجد نوعان أساسيان للصم وهما الصمم الخلقى الذى يحدث نتيجة عوامل عدة منها العوامل الوراثية كالإصابة بالزهرى، نقص الأكسجين فى دم الطفل، تناول العقاقير أثناء مرحلة الحمل، أما النوع الثانى فهو الصمم المكتسب وذلك نتيجة أسباب مكتسبة بعد الولادة نتيجة حادث معين، أو الإصابة بالحمى القرموزية أو الحصبة أو الإلتهاب السحائى أو نتيجة لمضاعفات العملية الجراحية فى الأذن.

ويعرف ضعاف السمع بأنهم الأفراد الذين لديهم ضعف فى السمع يحول دون تعليمهم الكلام أو الإتصال اللغوى والفكرى، ويتروواح السمع لديهم بين ٢٠ - ٦٠ وحدة صوتية، أما إذا زادت هذه النسبة إلى ٩٢ وحدة صوتية فيعتبر الفرد أصماً تماماً.

جـ- البكم وضعاف النطق والكلام:

تتضمن هذه الإعاقة فئات متعددة منها العجز الكلى عن الكلام أو القصور الجزئى، أو فقدان القدرة على النطق بدرجاتها المختلفة مثل الكلام التشنجى والشأشأة والفأفأة واللجلجة وهى التردد فى الكلام بسبب العيوب العضوية، وترجع أسباب ذلك إلى العوامل الوراثية أو خلال فترات الحمل

والولادة، أو لأسباب مكتسبة بعد الولادة مباشرة أو في خلال مراحل النمو المختلفة نتيجة للإصابات والأمراض العضوية والنفسية[١٤].

ثالثاً: المعوقون عقلياً:

تعتبر الإعاقات العقلية من أهم الإعاقات التى تشكل نسبة عالية من المعوقين على المستوى العالمى، حيث تصل هذه النسبة إلى ٣٪ (أى ثلث إجمالى المعوقين بصورة عامة) وتعتبر هذه نوع من العجز العقلى والنفسى للفرد للتكيف مع بيئته الإجتماعية، والتى تصل إلى مرحلة عليا من السلبية الإجتماعية، نتيجة لعدم الإدراك والتصرف المناسب فى المواقف المختلفة، والتى تؤدى إلى فشل فى السلوك وتكوين العلاقات الإجتماعية.

وترجع أسباب الإعاقة العقلية مثل غيرها من الإعاقات الأخرى لمجموعة من العوامل الوراثية أو البيئة المكتسبة، كما شاعت الكثير من تقسيمات ضعاف العقول ومنها التقسيم التقليدى الذى يعتمد على درجات ونسب الذكاء:

أ- المعتوهين: وتصل نسبة الذكاء لديهم أقل من ٢٥.

ب- البلهاء: ونسبة الذكاء لديهم مابين ٢٥ - ٥٠.

جـ- المأفونين (المورون): وتصل نسبة الذكاء لديهم بين ٥٠ - ٧٠.

أما نسبة ذكاء الطفل العادى تتراوح مابين ٩٠ - ١١٠ ويعتبر من تزيد نسبة ذكائهم عن النسبة السابقة من الأذكياء والعباقرة.

وبصورة موجزة توصف هذه الفئات الثلاث السابقة بذوى الإعاقات العقلية وهى التخلف العقلى البسيط، والمتوسط، والشديد، وتعرف هذه الفئة عموماً بفئات المتخلفين عقلياً Mentally Retarded كما توجد فئة أخرى وهى أكثر تخلفاً، وتسمى بفئة مرض العقول Mental Disorders وتشمل حالات الجنون والحالات العصابية والهستيريا بأنواعها، والذهانية (الفصام - سكتروفرانيا، والفوبيا، البارانويا وغيرها). وعلى أية حال، سوف نشير هنا إلى أهم فئات مرضى العقول والتى توصل حالاتها بالإعاقات العقلية الشديدة وهى بإيجاز كالآتى:

(أ) الفصام Schizophrenia: يشير هذا المرض العقلى إلى حالة مرضية شديدة وتعكس تفكك الشخصية بصورة عامة من ناحية الإنفعال والنشاط الحركى والبعد عن الحياة الواقعية إلى عالم خيالى يتسم بالعزلة الشديدة. كما تبدو أهم أعراض هذا المرض، فى صور متعددة من الهلاوس والهذيان للأشكال الواقعية. وإعتبارها خاطئة تماماً. كما تظهر أعراض جسمية أخرى على المريض مثل عدم الإتزان للجهاز العصبى، وبرودة الأطراف، وتغير لونها، وإتساع حدقة العين، علاوة على ذلك، يتصف المريض بالخمول والبلادة، وتنتابه أفعال إنفعالية مفاجئة إستجابة الهلاوس، كما تظهر الكثير من أعراض التفكير الفصامى وإضطرابات السلوك ككل.

وتوجد أنواع متعددة للفصام، حسب تصنيفات علماء النفس له، مثل: الفصام البسيط، والطفلى، والتخشبى، والهذائى، والوجدانى، والمراهقى، والنمط المتزامن وغير المتمايز. أما أسباب حدوث الفصام، فما زال يوجد خلاف بين العلماء لتحديد أهمها، حيث يرى البعض، أن سبب حدوث الفصام سبب عضوى ويرى البعض الآخر، أن الأسباب، أسباب سيكوسوماتى. ولهذا يختلف كثيراً حول تحديد مدخل العلاج له. ولكن تؤكد الدراسات الحديثة، أن الفصام يرجع إلى الأسباب السابقة مجتمعة سواء أكانت عضوية أم سيكوسوماتية. كما كشفت إحدى الدراسات الحديثة، حول الإضطرابات العقلية فى مدينة الإسكندرية عن وجود معدلات عالية ترتبط بين حدوث الفصام والحياة الأسرية والإجتماعية المضطربة، وإلى تغير الظروف الإقتصادية. كما كشفت عن نتائج هامة، حول علاقة هذه الأمراض والطبقة الإجتماعية والبيئية الأيكولوجية، والتنشئة الإجتماعية[١٥].

(ب) البارانويا Parnoiax: ويطلق على هذا المرض باللغة التقليدية الشائعة (بجنون العظمة)، وهو يعكس نوعاً من الذهان الوهمى. والذى يظهر فى أفكار متسلطة، ويعبر عن مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية والعقلية المتداخلة مثل، حالات الأوهام الهسترية، والفصام الهذائى، وتظهر حالات البارانويا الشديدة، عندما تظهر مجموعة من الأوهام الذهانية المستديمة حول فكرة معينة، وتسيطر على المريض وتوجه سلوكه وتصرفاته، ويتخيلها على أنها الواقع الفعلى كما يربط العديد من العلماء بين هذا المرض (وخاصة علماء

التحليل النفسى)، وبين العقد النفسية الشديدة مثل عقدة أوديب.

وتتعدد العقائد الذهانية الوهمية للمريض فى صور أشكال متنوعة وهى: البارانويا الإضطهادية، وبارانويا العظمة، والغيرة، وبارانويا العشق (حيث يتصور المريض بأنه معبود الجماهير) وترجع أسباب الإصابة لمجموعة من الأسباب، وبعضها معروف، والآخر مازال حوله الكثير من الإختلافات، ومن أهم تلك الأسباب المعروفة، التى تنتج عن المشكلات الإجتماعية الأسرية، وخاصة علاقات الطفل بوالديه، وطبيعة التربية غير السليمة، والمشكلات الجنسية الغيرية، وعموماً يرجع الكثير من العلماء، بأن حالات كثيرة للبارانويا تعبر عن إنعكاسات مميزة لمشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية، والتى تتخذ لها صورة ذهانية وهمية، وترتبط بالتكوين النفسى، وإضطرابات النمط العقلى والجنسى.

(جـ) ذهان الهوس والإكتئاب Mocnic - disprssive Psychosis

ويطلق على هذا المرض اسم الذهان الدورى، نظراً لحدوثه فى صور نوبات دورية متكررة تعقبها حالات من الإكتئاب. ولكن فى كثير من الأحيان تتخلل هذه الفترات حالات من الهدوء النفسى للمريض ويبدو كأنه فى حالة طبيعية ومن أهم سمات هذا المرض وأعراضه المختلفة الأخرى، إن كثيراً من حالات المرض تظهر بصورة فجائية وتدريجية، كما يحدث المرض بصورة تلقائية، وهناك إحتمالات العودة إليه بعد العلاج، ولهذا المرض الكثير أيضاً من المظاهر الهذائية والهلاوس المختلفة.

وتنتاب المريض حالات من الفرح والحزن المتعاقبة. ويشعر بالإهاق والتعب وقلة النوم، ويثار بسرعة ولأبسط الأشياء. كما تظهر له سلوكيات خطيرة تصل إلى ارتكاب الجرائم العدوانية المختلفة، وادمان المشروبات الكحولية والمخدرات. وكثيراً مايشعر بالإكتئاب والشعور بالذنب إلى حد التفكير فى الإنتحار. وعموما، يعتبر هذا المرض من أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً، حيث تبلغ نسبة المصابين به ٨٪ من إجمالى مرضى المستشفيات العقلية، ويبلغ متوسط العمر للمرضى ٤٠ سنة، ونسبة الإناث إلى الذكور ٣ – ٢ تقريباً.

رابعاً: الإعاقات الإجتماعية:

يعتبر مفهوم الإعاقات الإجتماعية، من المفاهيم الحديثة التى يطرحها بعض علماء الإجتماع والنفس والطب النفسى الإجتماعى وغيرهم، وذلك إيماناً منهم بمدى إرتباط مفهوم الإعاقة بنوعية الحياة الإجتماعية والبيئية التى توجد فى المجتمع ذاته ويسعى هؤلاء العلماء للتعبير عن أفكارهم الأساسية، عند تناول أى مشكلة اجتماعية تحدث فى المجتمع الحديث، فطبيعة هذه المشاكل قد تظهر فى جماعة أو جماعات أوفى مجتمعات محلية متغيرة. ومن ثم، يجب أن نعالج هذه المشاكل من ناحية التعرف على أسباب حدوثها ونتائجها السلبية على كل من الفرد والمجتمع.

علاوة على ذلك، ضرورة تحليل نوعية إرتباط هذه المشاكل بالظروف الإقتصادية والسياسية والإجتماعية التى توجد فى المجتمع. وما من شك، أن للعوامل البيئية والمجتمعية تأثيرات متعددة، على تكوين المشاكل الإجتماعية المختلفة.

ومن هذا المنطق، وفى إطار تحليل دراسة مشكلة المعوقين، نجد الكثير من الآراء، التى تسعى جاهدة لضرورة تغيير مفهوم الإعاقة ذاته، والذى لايجب أن يقتصر فقط على المفهوم التقليدى الشائع، وتصنيف المعوقين حسب حالاته البيولوجية والطبية الإكلينيكية فقط. بقدر مايجب أن نشير إلى «إعاقات إجتماعية» أو معاقين إجتماعياً وهذا بالفعل، مايوجد فى الواقع. ومن ثم، يمكن تصنيف حالات أو فئات معاقة إجتماعياً مثل الأحداث، أو الأحداث الجانحين، والعاطلين، والأميين، والمتسولين، والأرامل والأيتام، وكبار السن، ومدنى الكحوليات والمخدرات والمتشردين والمجرمين وغيرهم.

وفى حقيقة الأمر، نجد الكثير من إهتمامات الباحثين بقضية المعوقين تتركز على التصنيفات التقليدية للمعوقين إنطلاقاً من تحديدهم حول فئة المعاقين، أو من هو المعاق بالفعل. ولكن يغيب عن إدراكهم مدى أهمية النظر إلى الفئات المعاقة إجتماعياً، والتى يجب أن توجه إليها سياسات الرعاية والتأهيل الإجتماعى والنفسى والمهنى، حتى لاتصبح هذه الفئات، فئات معاقة ويحمل مسئولياتها كل من الفئات القادرة والمجتمع الذى يعيشون فيه.

وبصورة موجزة، أن هناك الكثير والكثير من مظاهر وأعراض الإعاقات الاجتماعية، وتتعدد تلك الفئات فى المجتمع. كما توجد العديد من الأسباب التى تؤدى إلى حدوث تلك الإعاقات وتفاقم نتائجها السلبية على الفرد المعاق إجتماعياً والمجتمع ذاته، وهذا مايسمى حديثاً بالأمراض الإجتماعية، التى يجب أن توجه إليها السياسات الإجتماعية للحد من هذه الإعاقات والعمل على دمجهم إجتماعياً.

خامساً: متعددو الإعاقات (أو ذو الإعاقات المتعددة) Multi Handicapped.

ويقصد بهذه الفئة من المعاقين، الأفراد الذين يعانون من أكثر من إعاقة واحدة فى نفس الوقت مثل الشلل مع التخلف العقلى أو الإعاقات الحركية والسمعية الصم والبكم، أو التخلف العقلي مع عيوب الكلام وضعف السمع والبصر وغير ذلك من إعاقات مزدوجة أو مركبة أخرى.

وما من شك، أن هذه الفئة تعانى من مشاكل إجتماعلية ونفسية وتأهيلية متعددة نتيجة لطبيعة الأمراض التى تلازمهم، والتى تتميز أغلبيتها بأنها أمراض أو إعاقات متزامنة. كما تختلف خصائص أو سمات الفرد من ذوى الإعاقات المتعددة بنوعية إستعداده للتدريب والتأهيل المهنى أو التكيف والتفاعل النفسى والإجتماعى، وبالطبع يتحدد ذلك فى ضوء نوعية الإعاقات ودرجات شدتها، وأثارها على المعوق نفسه. وكثيراً مايعانى، أصحاب هذه الفئة من المعاقين بالفشل مع أساليب الرعاية والتأهيل، نظراً لحالات الإحباط النفسى الشديدة التى تنتج عن جملة الإصابات أو العجز الذى يعانون منه. وتزداد مشكلة متعددى الإعاقات من آثارها النفسية الإجتماعية على أسر هذه الفئة، كما يشعر كل من المعاق وأسرته بالنبذ الإجتماعى، ومشاعر النقص والعزلة، والإحباط والتوتر النفسى والعصبى. كما تظهر بعض المظاهر السلوكية الشاذة والمصاحبة للأمراض المتعددة، لذوى الإعاقات المتعددة مثل السلوك العدوانى، والمنحرف والإنطوائى، وكثير من مظاهر السلوكية غير التوافقية.

وتعتبر عمليات التأهيل والتدريب المهنى والنفسى والإجتماعى، من العمليات المكلفة إقتصادياً، سواء على الفرد أو الأسرة أو المجتمع، مما يؤثر

ذلك على مواصلة هذه العمليات، والقصور فى كثير من الأحيان فى مجال علاج ورعاية تلك الفئة، المعاقة وخاصة فى المجتمعات الفقيرة أو النامية[١٥].

وسنقدم فى الفصول القادمة شرحاً تفصيلاً عن هذه الإعقات بهدف توضيحها للقارىء للتعمق فى إدراك الأسباب وطرق التعامل معها.

مراجع الفصل الثالث

١- محمد سيد فهمي، السلوك الإجتماعي للمعوقين دراسة في الخدمة الإجتماالمكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ص ٤٦ - ٤٧.

٢- رمضان القذافي، سكيولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، ١٩٩٣، ص ص ٣٨ - ٣٩.

٣- محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ٤٧.

٤- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ص ٩٧ - ٩٨.

٥- عبد الله محمد عبدالرحمن، سياسة الرعاية الإجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ص ١٤٢ - ١٤٨.

٦- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعقوين، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٢، ص ٣.

٧- أنظر في هذا الشأن كل من:

- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٧٣، ص ١٥٧.
- محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ص ٤٣ - ٤٥.

٨- مختار حمزة، سكيولوجية ذو العاهات، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦، ص ص ٣٢ - ٣٨.

٩- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٩، ص ص ٢٣١ - ٢٣٨.

١٠- سليمان عزمي، على هامش الطب، الجزء الثاني، دار العلم، القاهرة، ١٩٦٣، ص ٤٩.

وأنظر أيضا:

- عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد، الخدمة الإجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، مرجع سابق، ص ص ٣٢٣ - ٣٣٠.

١١- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ص ٢٣٩ - ٢٤٢

١٢- عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ٥٥

١٣- لطفى بركات، الفكر التربوى في رعاية الطفل الكفيف، مكتبة الخانجى، القاهرة، ١٩٧٨، ص ١٥.
١٤- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، المرجع السابق، ص ص ٦٩ - ٧٢.
١٥- عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسة الرعاية الإجتماعية للمعوقين فيالمجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ص ٢٩ - ٣٣.
وحول مفهوم الإعاقة وتصنيافاتها يمكن الرجوع إلى كل من:
- Hodges, B., Handicapp or Sepcial Nedd? "In J.Clark & J. Henderson (ed.) Community Health, London: Churcill Livingstone, 1983.
- Harris, H.C. Handicapped and Impaired In Great Britain London: Homoes Publish Co., 1979.
- Townsend, P.Poverity In The United Kingdom, Hamondsworkth, Penguin, 1979.
- Diana M. Dinitto and Thomas R Dye, Social Welfare Politics and public Policy Prentice Hall, Ine, N.J. 1983.

الفصل الرابع

الإعاقات الحسية (كف البصر)

تقديم

- أنواع الحواس
- الإعاقة البصرية (كف البصر) ويشمل.
  - أسباب فقد البصر.
  - شخصية الكفيف ومشكلاته.
  - إرشادات للتعامل مع الكفيف.
  - برامج رعاية المكفوفين.
  - دور الخدمة الإجتماعى مع المكفوفين.

المراجـع

الإعاقات الحسية

تقديم:

تعتبر الحواس من أهم الموضوعات التى احتلت مكانة خاصة لدى علماء الطب خلال القرنين الماضيين، بعد أن استفحلت مشكلاتها وانتشرت أمراضها بعد فترة طويلة من توجيه الإهتمام بجسم الإنسان وآلامه البدنية.

ولقد وهب الله الإنسانية خمس حواس هى البصر والسمع والشم واللمس والتذوق ليربط بينه وبين بيئته حياتياً وإجتماعياً ونفسياً وعقلياً، ويعتمد الإنسان فى نشاطه الحيوى على حاسة البصر تليها حاسة اللمس فالسمع، ثم الشم وأخيراً التذوق، ويكون الإنسان قدرته على الإدراك نتيجة لما يحصل عليه من إحساسات عن طريق هذه المستقبلات التى تميزه وتجعله مستفيداً من خبرات غيره، أو مبتكراً مبدعاً، وتعتمد سرعة الإدراك على سرعة وسهولة إتصال مناطق الدماغ المختلفة، التى تختزن التجارب السابقة، وكذلك على يقظة الفرد وحسن انتباهه لما يدور حوله، وكذلك القدرة على استخلاص النتائج على ضوء هذه التجارب، بل وإستنتاج المعانى الحقيقية المتعمقة من الظواهر العادية، ويعتبر الجهاز العصبى منفذ الإنسان للعالم الخارجى، حيث يرى خلاله ويحس ويسمع ويشتم ويتذوق ويشعر بالوجود، وبدون الجهاز العصبى لايمكن التمييز بين الأشياء وعكسها أو ماعداها[1].

ويتصل الجهاز العصبى المستقبلات، أهمها الحواس الخاصة، التى تقوم، كما سبق أن أوضحنا مجمع المعلومات والتغيرات التى تحدث حولنا على هيئة تنبيهات كهربائية، تصل كلها فى النهاية إلى الدماغ الذى يمكنه من قراءة تلك التنبيهات وترجمتها إلى شعور بالوجود وتمييز الحياة والتفاعل معها، وقدرة الدماغ البشرى على الإحتفاظ بالمعلومات وهضمها والشعور بها جعله فى غاية الشراهة لتقبلها. فهو لايخمد أبداً حتى النوم.

أما الحواس الخاصة بالبصر والسمع. . الخ فهى بمثابة المحرك للدفاع والتى بدونها يعتم العقل البشرى ويضمحل الشعور وينتهى الأمر بفقدان الشخصية المميزة والتفطن وحتى الوجود فى الحياة. ونستخلص مما سبق إن إحساساتنا ومانشعر به ومانقوم به من أعمال، يعتمد كله على الجهاز

العصبى الذى يحصل على غذائه اليومى من الحواس المختلفة عن طريق المستقبلات الخاصة. وسيناقش هذا الفصل أنواع الحواس الإنسانية ووظائفها ثم التطرق إلى الإعاقات التى تصيب هذه الحواس.

أنواع الحواس:

أولاً: حاسة الإبصار:

تعتبر حاسة الإبصار من أهم، وأنفع الحواس كلها للإنسان، إذ تتوقف عليها معظم مايملك من تمميز وإنتابه وإدراك. وتعتبر مقله العين فى تكوينها جزءاً من الدماغ تشترك معه فى أجزاء خارجية لحفظها ومساعدتها على القيام بوظيفتها، والعين هى منفذ الدماغ إلى العالم الخارجى، ونافذه لمعرفة مايحيط به من عوامل، وإدراك مايقابله من تأثيرات خارجية، فعين الأخصائى الإجتماعى المنتبهة للتغيرات المختلفة على وجه العميل: لها قيمتها فى عملية الدراسة والتشخيص والعلاج.

وكما أن العين هى منفذ الدماغ إلى الخارج، نجدها أيضا منفذاً داخلياً للجسم، فالطب يستخدم فحص قاع العين لارتباطه ببعض الأمراض قبل استفحالها.

وتتكون مقلة العين من ثلاث طبقات، الطبقة الخارجية وهى طبقة واقية لمحتوى المقلة وتشمل الصلبة والقرنية، والطبقة الوسطى ووظيفتها تغذية أنسجة المقلة بواسطة ما تحتويه من أوعية دموية شديدة، والطبقة الداخلية وتتمثل فى الجزء الحساس المستقبل للضوء.

ثانياً: حاسة اللمس:

وهى حاسة الشعور بالأشياء عند ملامستها، وتتركز هذه الحساسية فى الجلد الذى يغطى الجسم من الخارج وهى ضرورية للحماية، وتنبيه الدماغ بمؤثرات نلمسها لنميزها، فإذا كانت ضارة ابتعدنا عنها أو نافعة نسعى إليها.

وبناء على ذلك يمكن للدماغ أن يدرك المعلومات الآتية:

١- تحديد الجزء من الجسم الذى تعرض للمؤثر حتى يستطيع حماية ذلك الجزء بتحريكه بعيداً عن المؤثر إذا كان ضاراً.

٢- معرفة نوع المؤثر فيميز الجسم الحاد المعدنى عن الأملس الناعم.

٣- الشعور بدرجة حرارة المؤثر.

ثالثاً: حاسة السمع:

تختص الأذن فى الإنسان بجمع وتكبير وتوصيل واستقبال الموجات الصوتية إلى مركز السمع فى الفصل الصدغي بالدماغ الذى يسجله بدورة ليدرك معناه. ويتكون هذا الجهاز من ثلاثة أجزاء متتالية تسمى الأذن الخارجية وتتكون من غضروف الصوان وعصام قناة الأذن الخارجية ووظيفتها تجميع الموجات الصوتية وتوصيلها إلى غشاء الطبلة، الأذن الوسطى وتحتوى على ثلاث عظيمات دقيقة هى المطرقة والسندان والركاب وتكون مع بعضها قنطره عظيمة متحركة لتوصيل الموجهات الصوتية من الطلبة إلى الأذن الداخلية التى تنقسم إلى جزأيين متباين فى الوظيفة، الجزء الأول ويعرف بالجزء القوقعى خاص باستبدال الموجهات الصوتية وتوصيلها إلى مركزالسمع بالدماغ تميزها وتدركها والتعرف على معانيها، والجزء الثانى ويعرف بالجزء الحويصلى خاص بتوزان وإعتدال الإنسان فى الأوضاع المختلفة له وهو يتأثر بالحركة أو بتغيير الإتجاه عن طريق جاذبية الأرض.

رابعاً: حاسة الشم:

تتركز حاسة الشم فى الغشاء المخاطى لأعلى تجويف الأنف فى منطقة يختلف لونها عن باقى الغشاء المخاطى، وتعتمد على الغازات التى تنبعث من المادة، وتصل إلى الأنف مع هواء الشهيق، ثم تذاب فى إفرازات الأنف لتؤثر فى نهاية الأعصاب الخاصة بالشم التى توصلها بدورها إلى مركز الشم بالفص الصدغى من الدماغ.

خامساً: حاسة التذوق:

يعتمد الإنسان فى كل الحاسة بدرجة أقل من سابقتها، وقد يقتصر هذا الاستعمال على تذوق الطعام فهى تتركز فى اللسان تقريبا حيث يوجد فى غشاؤه المخاطى حلمات مختلفة الشكل أكبرها حجماً موضوع فى صف بين الثلث الخلفى والثلثين الأماميين لظهر اللسان وتنبه تلك الحلمات

بمادة مزابة فى السائل ومنها تنقل الحاسة عن طريق أعصاب خاصة إلى مركز التذوق فى الفصل الصدغى بالدماغ، حيث يدركها حسب التعود، وللإنسان أربعة مزاقات أولية فقط هى الحلو والمر والملح والحامض، ويمكن تدريب هذه الحاسة حتى تصير قوية، ويستعملها الذواق فى كثير من الأحيان ربما أهمها التدخين وطهى المأكولات كما أنها تضفى على الإنسان لوناً من البهجة والتقبل للأشياء(٢).

ويعد تقديمنا لأنواع الحواس التى منحها الله سبحانه وتعالى للإنسان ووهبها الخالق لكافة الكائنات الحية التى تعيش على الأراض وتسبح فى ملكوته وتسبح بقدرته، سنقوم بتقديم عرض مفصل لنوعين من الإعاقات الحسية.

الإعاقة البصرية (كف البصر)

كلمة كفيف لغوياً مستمدة من كف البصر ومعناه حجب الأبصار، وهناك الفاظاً كثيرة تستخدم للتعريف بالشخص الذى فقد بصورة، فأحيانا تستخدم كلمة الأعمى، وأحياناً أخرى تستخدم كلمة الكفيف أو الضرير[٣].

ويعرف الكفيف بأنه «الشخص الذى لايستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الأبصار عديمة القيمة الإقتصادية أو من كانت قدره بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى[٤].

التعريف التربوى للكفيف هو ذلك الشخص الذى يقل درجة إبصاره عن ٢٠/٢٠٠ فى العين الأقوى وذلك بإستخدام النظارة، لأن مثل هذا الشخص لايمكنه الإستفادة من الخبرات التعليمية التى تقدم للعاديين، أما الأفراد الذين تتراوح درجة إبصارهم ٢٠/٧٠ إلى ٢٠/٢٠٠ فى العين السليمة بعد العلاج فيعتبرون مبصرين جزئياً.

وبناء على ماتقدم يمكن تقسيم المكفوفين إلى الفئات الآتية:

أ- المكفوفين كليا وهؤلاء الذين ولدوا عمياناً أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

ب- المكفوفين كليا وهؤلاء الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

جـ- المكفوفين جزئيا: وهؤلاء الذين ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

د- المكفوفين جزئيا: وهؤلاء الذين أصيبوا بالعجز بعد سن الخامسة.

ويرجع السبب فى إختيار سن الخامسة كحد لتقسيم هذه الفئات هو قائم على إفتراض مؤداه أن من يفقد بصره - جزئيا أو كلياً قبل سن الخامسة لايمكنه الإحتفاظ فى كبره بالصورة البصرية السابقة على فقده للإبصار.

أسباب فقد البصر:

للعمى أسباب متعددة أهمها بالترتيب:

أولاً: عوامل وراثية:

هناك عوامل وراثية تؤثر فى الجنين قبل الولادة فمثلا يعتبر مرض الجلوكوما وعمى الألوان وكبر حجم القرنية، وطول النظر، وقصره من الأمراض التى يلعب فيها العامل الوراثى دوراً هاماً . كما أن هناك العديد من المضاعفات والأمراض التى تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار وكف البصر مثل مرض الزهرى والسكر. وكذلك العتامة خلف عدسة العين التى تصيب الأطفال الذين يولدون قبل مولدهم الطبيعى(٦).

ثانياً: عوامل بيئية:

وهى إما بسبب:

١- الأمراض المعدية.

٢- الأمراض غير المعدية.

٣- الحوادث والإصابات.

وسنقوم بتوضيح هذه العوامل فيما يلى:

١- الأمراض المعدية:

ساعد إكتشاف الأدوية المضادة للإلتهابات والعقاقير الصحية والأمصال الواقية وغيرها من العقاقير الحديثة، الناجحة فى مكافحة الأمراض المعدية التى تؤدى إلى خطر فقدان البصر مثل الزهرى والجدرى والدفتريا والحمى القرمزية والحصبة والسل الرئوى ويعتبر مرض التراكوما وهو من الأمراض المعدية التى لايزال من أهم أسباب فقد القصر خاصة فى البلاد الفقيرة.

٢- الأمراض غير المعدية:

هناك أمراض أخرى قدى يتسبب عنها فقدان البصر مثل السكر وتصلب الشرايين، وأمراض الجهاز العصبى، وفقر الدم... الخ.

كذلك هناك حالات كثيرة تهدد بفقد البصر مثل المايوبيا الخبيثة

والجلوكوما والكتراكت وإن كان يمكن الحد منها عن طريق العلاج الصحيح، والعمليات الجراحية الدقيقة.

٣- الحوادث والإصابات:

تقع بعض حالات فقد البصر نتيجة للإصابات فى المصانع كإستخدام بعض المواد الكيماوية الجديدة، والنظائر المشعة... الخ كلها تشكل خطراً جديداً على العين ولكن إتباع الوسائل الملائمة للوقاية أدى إلى خفض حالات إصابات العيون إلى حد كبير[٧].

كما أن الكورات والعصى، والأحجار، والسكاكين، والبنادق واسياخ الدفايات والأقلام... الخ كلها قد تؤدى إلى حدوث إصابات العيون، ولهذا لابد من إتخاذ الحيطة والحذر خاصة أثناء لعب التلاميذ فى المدارس وغيرها ذلك لأن حوالى ٨٥ ألف حالة من حالات إصابات العين تحدث للتلاميذ كل عام نتجة عدم الإشراف على لعبهم[٨].

شخصية الكفيف:

لكف البصر أثر على شخصية الكفيف حيث تؤدى الإعاقة البصرية إلى فرض حدود معينة على إدراك الكفيف لما يحيط به من أشياء وأشخاص فى بيئته المباشرة وعلى نوع ومدى الخبرات التى يحصل عليها وتؤدى الإعاقة أيضا إلى الحد من قدرة الكفيف على الحركة والمشى والحد من مدى إتصاله بالبيئة الطبيعية ومدى سيطرته عليها[٩].

ويمكننا أن نرسم صورة عامة لشخصية الكفيف فى النقاط التالية:

١- أنه يميل إلى عدم الخوض فى المغامرات الاستطلاعية التى قد تعرضه للأذى ولذلك فهو يكبت دافعاً إنسانياً أصيلا هو حب المعرفة.

٢- نتيجة لذلك فحصيلة معرفة الكفيف عن البيئة ناقصة نتيجة لعدم رؤيته ونتيجة لعزوفه عن المغامرات الإستطلاعية ممايزيد من شعوره بالعجز والنقص.

٣- تعرضه لموقف السخرية من المبصرين تجعله يفسر هذه المواقف بأنها اضطهاد له وإساءة إليه أما السبب فهو برأيه لأنه كفيف.

٤- نتيجة لتعرضه للشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له خاصة من أهل بيئة وترديد أنه «مسكين عاجز» على مسمع منه يجعل شخصية إتكالية.

٥- نتيجة للتناقض الذى يحدث للكفيف من معاملة تتسم بالقسوة من بعض الناس فى البيئة ومعاملة أخرى تتسم بالإستجابة لكل مطالبة والعفو عنه إذا أخطأ لا لشىء إلا لأنه كفيف تجعله يفضل العزلة وممارسة بعض ألوان النشاط الفردى لساعات طويلة.

٦- تنتاب الكفيف أنواع من القلق نتيجة للصراعات والمخاوف التى يتعرض لها.

٧- يلجأ الكفيف لأنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف التى تعتريه ومن أهمها التبرير والكبت والتعويض[١٠].

- أثر كف البصر على شخصية الكفيف:

ويرى أطباء الصحة العقلية أن العمى المبكر يطبع بسمات ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والشعور بالتبعية ومن ثم إلى العزلة والإنطواء.

أما العمى المفاجىء الذى يصيب صاحبه بالإنقباض وفى بعض الحالات قد يتحول إلى سلوك عدوانى[١١].

ويذكر «كارل مييننجر Karl Meninger» بأن هناك مشكلات ترتبط بكف البصر من أهمها.

أ- مشكلات ذاتية

١- يؤثر كف البصر على نمو العمليات العقلية كالتصور والتخيل. وهى تلك العمليات التى تعتمد أساساً على البصر وخاصة لهؤلاء الذين أصيبوا بفقد البصر منذ الطفولة المبكرة أو ولدوا مكفوفين.

٢- يؤثر كف البصر على قدرة الشخص على الإستثارة والتفاعل الوجدانى تلك العمليات التى تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة هذه وفقدان الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانباً هاماً من جوانب الشخصية المتكاملة التى تحس الجمال وتسعى إليه.بل إن إغتماد الكفيف على تصوره الذاتى لهذه المدركات يجعل منه أسير تصورات، خاصة قد يشوبها الغموض والرهبة.

٣- عدم إستطاعة الكفيف الحركة في حرية، يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الإتجاهات الطفلية والنزعة الإتكالية فهو دائماً يسعى لمن يعاونه فى المشى والحركة.

٤- الكفيف غير مدرك تماماً لبيئته المحيطة وإمكانيات هذه البيئة ومن ثم فتكيفه مع هذه البيئة محصور فى إطار ضيق تحدده مدى معرفته بها.

٥- «يزيد كف البصر قدرات بعض الحواس الأخرى،كاللمس، والسمع والشم، وأساس هذه الزيادة هو إلتجاء الكفيف للإعتماد عليها»، ومن ثم زيادة فرص تدريبها وممارستها وليس نتيجة لقدرة تعويضية.

٦- لاتعوض هذه الحواس فقدان البصر فى تكيف الكفيف مع مجتمعه حيث أن حاسة اللمس مثلا تتطلب حركات معينة، على الكفيف أداؤها كلما أراد إدراك الأشياء أما الأبصار فهو قدرة لاتتطلب أى جهد يؤديه، بل يتم ذلك فى يسر وسهولة.

٧- تذكر بعض الأبحاث أن الكفيف «يحكم على الأشخاص بسماع أصواتهم» فيحس بهم وبإنفعالاتهم من خلال أصواتهم. كما أن الكفيف يدرك العوائق بالموجات الصوتية المرتدة[١٢].

ب- مشكلات بيئية:

وهذه يمكن تقسيمها إلى مايلى:

١- مشكلات تعليمية:

نظراً لصعوبة تعليم الكفيف بالطريقة العادية حيث أن التعليم يعتمد على الرؤية والمشاهدة، ولما كانت حاسة الإبصار معطلة لذلك يحتاج إلى طريقة معينة للتعليم، وتعتمد على اللمس مثل طريقة «برايل» والسمع، وكلما إتسع المجهودات كلما ساعد الكفيف على سرعة التعليم عن طريق التشجيع وتكثيف المجهودات يمكن للكفيف أن يصل إلى مراحل التعليم العالى.

٢- مشكلات إقتصادية:

حيث أن من أصعب المشكلات التى تواجه الكفيف صعوبة توفير فرص

عمل لهم نظرا لكثرة أعدادهم بالنسبة لفرص العمل المسموح بها وإن كانت الجهود الحكومية بالتعاون مع الجهود الأهلية عملت على توفير هذه الفرص كما يسمح لهم بالعمل حتى لايشعروا بأنهم عالة على المجتمع.

٣- مشكلات إجتماعية:

وتتمثل فى صعوبة تكوين علاقات إجتماعية مع المحيطين بهم نظراً لصعوبة إدراك البيئة المحيطة، والميل للعزلة والإنطواء. وعدم الثقة بالغير وبالنفس ممايؤدى إلى صعوبة دور القائمين على خدمتهم حيث يتطلب ذلك توفير صفات معينة فيهم حتى يمكن إكتساب ثقتهم التى غالباً ماتأخذ فترة طولة لتكوين عنصر الثقة بينهما هذا بالإضافة إلى شعور أسرة الكفيف بالذنب والذى ينعكس أثره فى تفاعل الأسره وتعامله معه فقد تميل إلى القسوة عليه أو المبالغة فى تدليله ممايؤدى إلى ظهور أثار سيئة فى شخصيته(١٣).

إرشادات المبصرين فى معاملة المكفوفين:

لاشك أن طريقةمعاملةالمبصرين للمكفوفين لها علاقة وثيقة بالحالة النفسية للمكفوفين وكثيرا من المشاكل والعقد التى يشعر بها الكفيف لاترجع إلى إصابته بقدر ماترجع إلى طريقة معاملة من حوله له ونظرة المجتمع إليه، فهم ينظرون إليه نظرتهم إلى شخص حكم عليه بالعجز مدى الحياة وأنه غير قادر على القيام بأى شيء مهما كان بسيطا وهم يعتقدون أن فقد البصر يؤدى إلى فقدان القدرة والعجز عن قيام الكفيف حتى بشئونه الخاصة.

والكفيف يقابل أفرادا لهم إتجاهات مختلفة أذائه فمنهم من يتهرب من مجالسته ومنهم من ينظر إليه باشمئزاد ومنهم من يبدى له اشفاقا ومنهم من يرثى له ولحالته - وهؤلاء ملأت قلوبهم الرحمة ينظرون إليه كشخص عاجز يستحق المساعدة.

هذه الإتجاهات المختلفة تجاه المكفوفين تجعلهم يحسون بالأسى وفداحة إصابتهم وأثر هذه الإصابة عليهم وهم يعانون الكثير عندما يختلطون مع المبصرين وكثيرا ماتؤدى معاملة المبصرين لهم إلى إنزوائهم عن المجتمع

وبعدهم عن الناس حتى يتجنبوا تلك المواقف التى يصادفونها والتى تؤثر تأثيرا فى نفوسهم الحساسة، وهذا الأثر يكون عميقا ممايشعرهم أنهم فئة غير مرغوب فيهم.

وقد تتوفر الرغبة لدى الكثير ليساعدوا الكفيف ولكنهم لايعرفون كيف يقدمون هذه المساعدة أو الخدمة وحتى يؤدونها ولذلك تأتى هذه الخدمة بعكس النتيجة المرجوة وهؤلاء يحتاجون إلى بعض الإرشادات التى تساعدهم على تأدية خدماتهم بالطريقة التى لاتؤثر على نفسية الكفيف وتشعره بالعجز.

ومن المبادىء الأساسية فى هذا الصدد أنه لايوجد اثنين من المكفوفين يتشابهان فى صفاتهما فالاشتراك فى فقد البصر لايتبعه إشتراك فى الميول والقدرات ولكل كفيف فرديته ولكل صفاته الخاصة ولكل استجابته الخاصة وتتوقف هذه الاستجابات على عوامل كثيرة ترتبط بتكوينه السيكولوجى وحالته الإنفعالية وظروف الإصابة ومدى الإهتمام الذى ناله فى صغره ومدى تكيفه مع المجتمع، وإن كانت هناك قواعد عامة فى معاملة المكفوفين إلا أنها تختلف فى وسيلة التطبيق بالنسبة لكل كفيف تبعا للعوامل التى ذكرناها وهذا يتطلب من المبصرين خبرة ودراسة لحالة كل كفيف واحتياجاته ومدى حاجته للخدمة كما يتطلب ذلك صبرا من المبصر مع رغبة حقيقة فى مساعدة الكفيف دون المساس بكرامته(١٤).

وفيما يلى نعرض بعض التوجيهات عند العمل مع المكفوفين أو عند مصاحبتهم أو الحديث معهم فى المواقف المختلفة ونؤكد بأن العبرة ليست بتطبيق هذه القواعد ولكن العبرة بوسيلة التطبيق حسب حالة الكفيف.

أولاً: محادثة المكفوفين:

١- من المعروف أن الإبتسامة لها أثر كبير عند مقابلة أى شخص والتعرف عليه وبالنسبة للمكفوفين نجد أن المصافحة تكون بديلا عن الإبتسامة بالنسبة للمبصر، والكفيف يستطيع أن يعرف عنك الكثير عن طريقة المصافحة ويتسطيع أن يعرف شعورك عند مصافحتك وكلما كان المصافحة حادة كلما دل على عمق شعورك وإحساسك بالنسبة له وهنا نشير إلى مقولة هامة لأحد المكفوفين «اضغط على يد الكفيف يفتح لك قلبه».

٢- إذا قابلت صديقا كفيفا أو دخلت إلى كفيف لأول مرة فيجب أن تتحدث إذ عن طريق الصوت يستطيع الكفيف معرفة كثير من المعلومات عنك مثل سنك وشخصيتك كما أن حديثك هذا سيمكن الكفيف من توجيه جسمه ووجهه إليك لأنه سيعرف مكانك عن طريق الصوت.

٣- لاتحاول أن تختبر الكفيف بأن تسأله أن يخمن اسمك لأن هذا قد يحرج الكفيف إذا لم يكن قد قابلك الا مرة أو مرتين - وهو يستعيد معرفتك بسهولة إذا كانت دائما معه ولكن لايكفى أن يكون قد قابلك مرة أو اثنين ليتذكر صوتك فيما بعد ومن المستحسن فى هذه الحالة أن تذكر له اسمك إذا قابلته.

٤- إذا قدمت كفيف إلى أشخاص مبصرين عليك أن تذكر له أماكنهم بأن تقول مثلا«الأستاذ محمد على يمينك وزوجته سعاد أمامك» وهكذا يستطيع الكفيف أن يوجه نفسه الإتجاه إذا أراد التحدث مع أحدهم.

٥- عندما تقدم شخص كفيف إلى الأشخاص لأول مرة فإن من العوامل المساعدة على هذا التقديم أن تذكر لكل منهم شيئا عن الآخر لأن ذلك سيساعده على بدء المناقشة والحديث.

٦- إذا دخل كفيف مكانا تكون موجودا فيه مع أشخاص آخرين فعليك أن تعرفه بمن يكون معك إذا كان عددهم من الممكن تقديمهم له أما إذا كان العدد الموجود كبيرا فيكفي أن تعرفه بالغرض من وجود هذا العدد (إجتماع مثلا) وإذا كان له أصدقاء من بين الموجودين يمكنك أن تخبره بذلك.

٧- إذا دخل كفيف إلى المكان الذى تكون موجودا به (مكتبتك مثلا) لغرض مقابلتك فإنه لن يستطيع الإستدلال عليك بسهولة ولذلك يجب أن تساعده على معرفة مكانك بأن تبدأ معه الحديث حال دخوله الحجرة وتستمر فى هذا الحديث (مستخدما عبارات الترحيب مثلا) ليستطيع معرفة مكانك من صوتك ويمكن أن تقوده إلى المقعد.

٨- اذا كنت جالساً مع كفيف واضطررت للخروج أثناء حديثك معه فيجب أن تستأذن منه ليشعر بخروجك من الغرفة واذا كان جالساً مع مجموعة وخرج أحدهم فيجب أن تنبهه إلى خروج أحد الجالسين حتى لا يوجه إليه الحديث باعتبار أنه موجود.

٩- لا ترفع صوتك عندما تتحدث مع الكفيف واعلم أن الكفيف لا يختلف عن أى شخص اخر والحديث بصوت عالي سيضايقة.

١٠- عندما تتحدث مع كفيف ابتعد عن استعمال الكلمات التى تحمل معانى العطف أو الرثاء أو التدليل.

١١- لاتحاول التكلف في حديثك مع الكفيف ولاتجهد نفسك في إختيار الكلمات التى تظن أنها مناسبة لحالته وإذا ذكرت كلمة (انظر أمامك) مثلا أو أى شيء من هذا القبيل فلاترجع وتقول متأسف بل استمر فى الحديثة بطريقة عادية لأن هذا التأسف سيضاعف من إحساس الكفيف بالعجز وتأكد أن الكفيف لن يتضايق منك إذا كنت قد إستعملت الكلمات العادية ولكن يجب أن تتجنب شرح المناظر الجميلة والمبالغة فيها لأن ذلك سيشعره بالحرمان من الاستمتاع بهذا الجمال الذى تشرحه.

١٢- عندما تسير مع كفيف لاتضع يدك في ذراعه لأن ذلك معناه أنك تدفعه عن السير فى ذلك الإتجاه بل أتركه يضع يده على ذراعك وبذلك يتبعك ويتبع إتجاهك دون أى مجهود منه.

١٣- عندما تريد اجلاس الكفيف على الكرسى لاتمسك بذراعه وتجذبه للجلوس لأن هذا خطأ بل ضع يده على ظهر المقعد واتركه يجلس وحده.

١٤- عندما تدخل مكانا به كفيف عليك أن تبدأه بالتحية حتي يشعر بدخولك ولايصح أن تدخل بهدوء ثم تفاجئه بالحديث لأن ذلك سيفزعه خصوصا إذا كان يشعر أنه وحده بالحجرة، كما يجب ألا تفاجيء الكفيف أثناء سيره بأن تضع يدك فجأة على كتفه فقد يكون مشغولا بالتفكير فى شيء وهذه الحركة ستفزعه مهما كانت العلاقات بينه وبينك.

١٥- لاتتحمس عند ابداء اعجابك بما قد يفعله الكفيف خاصة فى الحالات العادية ولاتجعله يشعر ويحس بأنك تنظر إليه نظرة شخص عاجز وأن هذه الأشياء البسيطة غير عادية فمثلا لاتقول له «هل صحيح أنك ذهبت إلى منزلك وحدك دون مساعدة؟». بل عليك أن تظهر له تشجيعا على أن يقوم بمختلف الأعمال بجهوده الخاصة.

١٦- إذ لاحظت أن ملابس الكفيف قذرة أو أن هناك شىء غير طبيعى . فلاتوجه إليه هذه الملاحظة أمام الناس بل يجب أن تكون على إنفراد بينك وبينه.

١٧- إذا قام الكفيف بعمل شىء وسألك عن رأيك فيما فعله فيجب أن تجيب بصراحة وأعلم أنه سيستفيد من ملاحظاتك فى تحسين أعماله فيما بعد، فإذا قام بكتابة شىء على الألة الكاتبة وعرضه عليك لابداء رأيك فيه وفى الأخطاء الموجودة فيجب أن تذكرها له بصراحة ولكن بطريقة لبقة ولاتجامله بأن تقول له أنها خالية من الأخطاء على رغم من أنه كفيف وأنه لايستطيع القيام بأحسن مما قام به من مجهود.

١٨- يجب أن تعلم أن كل مساعدة تقدمها للكفيف هدفها تمكينه من الوصول إلى قرارات بنفسه وبتفكيره وبجهوده الخاصة ومن الخطأ أن تساعد الكفيف عند ارتده ملابسه أو تبدى له ملاحظات عن أخطاء . موجودة وتنقده لتصحيح هذه الأخطاء بل يجب أن تنبه الكفيف إلى الخطأ الموجود ليقوم هو بنفسه بتصحيحه.

١٩- إذا قمت بالشرح للكفيف فإهتم بالأشياء التى يرغب الكفيف فى شرحها كما يجب أن يكون شرحك وافيا وليس غامضا، فمثلا لاتقول «أرى أمامى حديقة جميلة» فهذا ليس بكافى عليك أن تقول أن هناك حديقة بها زهور متنوعة وأشجار كبيرة ومساحتها كذا، وإذا كان أمام الكفيف كرسى فلايكفى لأن تقول له أمامك كرسى بل عليك أن تقول له اين مكانه وبعده عنه وهكذا.

قيادة الكفيف:

من العقبات التى يقابلها المبصر كيفية قيادة الكفيف أثناء السير معه

وكثيرا مانلاحظ ان المبصر عندما يسير مع الكفيف يقوم بامساكه من ذراعه أو يده ويدفعه أثناء السير وهذا خطأ لأنه متعب للكفيف والمبصر على السواء ومن السهل أن تقول للكفيف أثناء سيره معك بأن يضع يده على ذراعك وهذا يتيح له أن يتبعك دون أن يحس أنك تدفعه دفعا إذ ما أمسكت بذراعه أوبيده.

وعند صعود سلالم لابأس أن تخبر الكفيف بقرب السلم بل الأفضل أن تقف قبل أن تصعد أو تنزل وطبيعي أن الكفيف سيحس أنك وقفت أو قصرت من خطواتك وبعد ذلك تبدأ فى صعود السلم، على أن تبدأ أنت بذلك وسيحس الكفيف بصعودك ويتبعك طالما أنه فى يدك، وإذا لاحظت أن هناك عقبات أو حواجز بالطريق فيجب أن تقوم بشرحها للكفيف مع شرح كيفية اجتيازها.

وعند ركوب سيارة أتوبيس أو قطار أو سيارة خاصة فيجب أن تتقدم أمام الكفيف وتتركه يلمس كتفك وعند النزول تستطيع أن تقدم يدك له ليتعين بها عند النزول أو تضع يده على مقبض الباب وفى كلتا الحالتين عليك أن تتقدمه.

وإذا كنت تتحدث مع مجموعة من أصدقائك فى الطريق ورأيت أحد المكفوفين قادما فيجب ألا يتوقف حديثكم لأن الكفيف يسترشد بصوتكم فى معرفة إتجاهه وتوقفكم عن الحديث قد يدفعه لتغيير اتجاهه ويشعر أن هناك من يراقبه وأن حالته قد استرعت انتباهكم ورثائكم.

وعند مساعدة كفيف على ركوب سيارة تاكسى مثلا فلاتقول له اخفض رأسك أو أدخل من هنا وغير ذلك من الإرشادات بل يكفى أن تمسك بيده وتضعها على أعلى باب السيارة وهذا سيمكنه من معرفة إرتفاع الباب وسيقوم بالركوب وحده.

وإذا أردت أن تساعد الكفيف على الجلوس على المقعد فلاتمسك بذراعه وتجلسه بالقوة على الكرسى بل يكفى أن تضع يده على ظهر الكرسى وتتركه يجلس وحده.

وإذا اضطررت لترك الكفيف أثناء سيرك معه لقضاء مهمة قصيرة فيجب

أن تتركه بجانب عامود أو بجانب حائط أو شجرة حتى يشعر بالأمن أثناء إنتظارك.

تقديم المساعدات للكفيف:

لاشك أن كل منا يجب أن يساعد الكفيف ولكن قيام المبصر بتقديم كافة الخدمات التى يحتاجها الكفيف أو رعاية كل شئونه سيجعل الكفيف يحس بأن حياته فارغة ليس لها قيمة، وهناك بعض الأشخاص من ذوى القلوب الطيبة يحبون راحة الكفيف فيقومون عنه بكل شيء وهم لايعلمون أنهم يمنعون عنه فرص النمو ومن الواجب أن نعلم أن الهدف الأساسى من مساعدة الكفيف هى مساعدته على القيام بنفسه بشئونه الخاصة وكما يجب أن نعلم أن كف البصر ليس معناه العجز الكلى بل أنه يستطيع القيام بكل شيء إذا ماتوافرت الرغبة وقوة العزيمة(١٥).

برامج رعاية المكفوفين:

إن الخدمات التى يعمل المجتمع على توفيرها للكفيف تتضمن توفير فرص الفحص والعلاج الطبى فى العمليات الجراحية، وتوفير العدسات والنظارات اللازمة لفقد البصر والتى تقدم لهم بالمجان فى حالة عدم القدرة على دفع نفقاتها، وكذلك الاستشارة فى المشكلات المتصلة بفقدان البصر والتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل والتتبع وما إلى ذلك، وكل هذه الخدمات تهدف إلى التحرر الاقتصادى للكفيف لكى يحقق الرضا الجسمى والنفسى والاجتماعى والاقتصادى، ويمكن حصر برامج الرعاية الإجتماعية فيمايلى:

١ - العمل فى المصانع المحمية:

إن العمل فى هذه المصانع للمعوقين بصفة عامة يعتبر خدمة فعالة وناجحة لكسب العيش والتحرر الاقتصادى وحماية لهم من الفشل فى دخول سوق العمل الحر. ويمكن أن يسير جنبا إلى جنب مع هذه المصانع مع مشروعات الأسر المنتجة التى تتم داخل المنازل.

٢- المدرسون الزائرون:

إن كل إنسان يفقد بصره يحتاج إلى تعليم أساليب جديدة للقيام ببعض الأشياء التى كان يفعلها فى الماضى بصفة آلية، وذلك فإن كثير من الدول المتقدمة يرسلون مجموعة من المدرسين الزائرين المتخصصين لمنازل المكفوفين لمساعدتهم فى الأعمال التى تتطلبها حياتهم اليومية، بالإضافة إلى إستخدام طريقة برايل فى تعلم القراءة والكتابة.

٣- مراكز تأهيل المكفوفين:

وفيها يتم تأهيل الكفيف عن طريق بحث الحالة الفردية، ثم التشخيص الطبى والنفسى لقياس القدرات العقلية والمواهب، ثم الإعداد البدنى لعلاج أى مرض جسمى ثم التوجيه والتدريب المهنى وأخيرا التشغيل. وقد يواجه الكفيف بعض المشكلات الأسرية نتيجة الإعاقة التى أصيب بها والتى تحول دون الإعتماد على نفسه فى كسب معيشته، ولكن يفضل الاستشارات والخبرات التى يجدها فى المركز تكشف غالبا عن إحدى المهارات التى عن طريق التدريب المستمر عليها تمده فى آخر الأمر بوسيلة لكسب العيش.

٤- شغل وقت الفراغ:

إن توفير أسباب الترفيه للمكفوفين ضرورة عضوية ونفسية وإجتماعية وجزءا أساسيا فى برامج التأهيل، فالكفيف إذا إنصرف إلى التفكير فى عجزه إز داد خوفه. والترويح يعد الإنسان للعمل الجدى ويساعده على التنفيس عن متاعبه والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية ناجحة مع الغير.

ومن بين ألوان النشاط المحببة للمكفوفين لعب الورق الذى يحمل رسوما ونقطا بطريقة برايل، ورياضة السباحة وصيد السمك والتجديف والجرى، وكذلك النشاط الفنى كالموسيقى والأشغال الفنية.

٥- المعونات المالية:

وهى المساعدات التى تقدمها جميعات رعاية المكفوفين لذوى الحاجة منهم، أو التى نصت عليها القوانين المختلفة وتتحمل تكاليفها الدولة مثل

قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الإجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٩٣ لعام ١٩٨٠.

٦- الخدمات التعليمية:

وقد حمل الأزهر منذ زمن طويل مسئولية تعليم المكفوفين، بالإضافة إلى إشراف وزارة التربية والتعليم على العديد من المدارس التى تقوم بتعليم المكفوفين.

٧- الخدمات الصحية:

وهى تتضمن جانبان: إنشاء المستشفيات التى تحول وتعالج الأمراض التى تؤدى للإصابة بكف البصر، توفير أوجه الرعاية الصحية لمؤسسات رعاية المكفوفين بالإضافة إلى تدريب الكفيف على إستخدام العصا البيضاء أو الكلب المرشد حتى يتحقق له الأمان الجسمى والنفسى.

٨- الخدمات الإعلامية:

وهدفها نشر الدعاية بين المواطنين وتنوير الرأى العام لتقبل تشغيل المعوقين من المكفوفين، أو العمل على سلامتهم فى الطريق، وتزويد الجماهير بالتوجيهات المفيدة لتجنب كف البصر والوقاية منه.

٩- الخدمات التشريعية:

أصدرت الدولة العديد من القوانين لحماية حقوق المكفوفين من صرف المعاشات والمساعدات لهم، بالإضافة إلى القوانين التى تفرض تشغيل ٥٪ من المعوقين فى كل منشأة تستخدم ٥٠ عاملا فأكثر بعد حصولهم على شهادة التأهيل. وقد تبلورت هذه النصوص فى قانون تأهيل المكفوفين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الإجتماعية رقم ٧٩ لعام١٩٧٥ المعدل برقم ٩٣ لعام ١٩٨٠(١٦).

دور الخدمة الإجتماعية مع المكفوفين:

علمنا فيما تقدم ماقد يعانيه الكفيف فى حياته. وأثر كف البصر على تكيفه الإجتماعى والنفسى مع عاهته وبالتالى مع بيئته، وإذا أخذنا فى الإعتبار إتجاهات المجتمع ذاته تلك الإتجاهات التى تعتبر الكفيف أحيانا عبئا

إجتماعيا وإقتصاديا أو تعتبره قاصراً عاجزاً، يتطلع إلى الرحمة والشفقة، وقد تسود فى هذا المجتمع أفكار وقصص خرافية. تنسب إلى الكفيف معان وصور غامضة، يتضح لنا مدى حاجة هذه الفئة إلى الرعاية الإجتماعية، سواء فى الكشف عن هذه الحالات أوتأهيلها أو مَعاونتها على التكيف الإجتماعى فى المدرسة أو العمل أو الأسرة أو فى المجتمع ذاته. ورغم أن الكفيف مثله كمثل عملاء الخدمة الإجتماعية، من حيث السمات والخصائص وبالتالى الأساليب المتبعة. إلا أن هناك ثمة إعتبارات ينبغى مراعاتها عند عمل الإخصائى الإجتماعى مع الكفيف أهمها:

١- الحذر من الإنسياق العاطفى عند التعامل مع الكفيف بسبب عاهته. هذا الإنساق الذى قد يثبت صفة العجز، أو يعوق حركة الكفيف ونموه العاطفى.

٢- ضرورة استبطان الاخصادئى الاجتماعى لنفسه جيداً قبل العمل مع المكفوفين لإدراك مدى تقبلها للعمل فى هذا الميدان، فالكفيف يدرك من خلال تعامله مدى صدق نوايا الاخصائى الاجتماعى نحوه وإحساسه بتقبله.

٣- الإستثارة والدافعية: من أنجح الأساليب للتعامل مع الكفيف، هذه الإستثارة التى تحرك حاضر الكفيف نحو مستقبل أفضل، أخذاً بمبدأ الحاضر والمستقبل Being and Becoming.

٤- إذا كانت السمة العامة للكفيف صغر السن هى العزلة، والإنطواء، وإذا كانت عند البالغ الانقباض وعدم الثقة بالغير وبالنفس، فإن السمة الغالبة لأسرة الكفيف هى الإحساس بالذنب. وهنا تبرز مهارة الإخصائى الاجتماعى عند تعامله معهم.

٥- قد يصادف تبعاً لذلك العلاقة المهنية تقلبات وهزات، أو قد تطول الفترة لتكوين عنصر الثقة بينهما. تلك الثقة التى قد يفقدها الكفيف فى الآخرين.

٦- مرعاة القواعد الخاصة بسلامة الكفيف سواء عند مقابلته مقابلة فردية أو عند إشراكه فى نشاط الجماعات.

هذا ويمكن أن تعاون عمليات خدمة الفرد الإجتماعية مع المكفوفين في المجالات التالية:

أ- إكتشاف الحالات وخاصة في السن المبكرة، وأهمية تحويلها للكشف والعلاج أو للمدارس الخاصة أو المؤسسات التأهيلية.

ب- تكيف الكفيف للحياة فى هذه المدارس وهذه المؤسسات ليكون أكثر قدرة على تقبل الحياة الإجتماعية التى يعيشها خلال فترة إعداده.

جـ- يستتبع هذا بالضرورة أهمية البحث الاجتماعى لكل كفيف- تشمل حاضره وماضيه وتطلعات مستقبله بيئته الإجتماعية - أسرته - تربيته وتنشئته الإجتماعية - أهدافه وأهداف أسرته - مسئولياته... إلخ لتكون أساساً يبنى عليها الخطة الإعدادية أو العلاجية أو التأهيلية للكفيف.

د- خدمات فردية للكفيف لتعديل اتجاهاته العدوانية أو الأنطوائية أو تخفيف الضغوط الواقعة عليه، سواء من المؤسسة أو من البيئة.

هـ- خدمات تشغيلية كتوظيف الكفيف فى المصانع والمؤسسات. كذلك تتضح أهمية عمليات خدمة الجماعة ودورها بالنسبة للكفيف، فالجماعة ذات أثر واضح فى مساعدته على التخلص من بعض المشكلات النفسية كضعف الثقة بالنفس أو عدم الشعور بالأمن، أو الرغبة فى العزلة والإنطواء، التى يحس بها، كما أن لها فاعليتها فى إعداده اجتماعياً وتكيفه مع نفسه أو غيره علاوة على مايستفيده من زيادة الخبرات عن طريق ماتحويه برامج النشاط المختلفة. وتهدف طريقة العمل مع جماعات المكفوفين إلى تحقيق أغراض أهمها مايلى:

(١) **تدريب الحواس:** بغية استفادة الكفيف من البرامج التعليمية ويعتبر النشاط الاجتماعى وسيلة محببة لدى الكفيف لتدريب حواسه بما يجرى من برامج منوعة وألعاب جماعية.

(٢) **التدريب على السير والحركة:** وتعتبر من أهم مجالات تكيف الكفيف الذى يحتاج لتدريب على السير والحركة بطريقة طبيعة تحفظ له مظهره الطبيعى معتمداً على نفسه حتى لايصادف مشاكل أهمها: اعتماده

الدائم على من يرافقه وتهتم برامج خدمة الجماعة بتدريب الكفيف على السير والحركة بطريقة طبيعية بما تقدمه من ألوان النشاط الهادف وبخاصة فى الرحلات والحفلات والمعسكرات.

(٣) **التعبير الذاتى**: تتيح خدمة الجماعة فرص التعبير الذاتى للكفيف كبرنامج تربوى يهدف إلى معالجة بعض القيم السلبية لديه. ولاشك أن إنضمام الكفيف إلى جماعة وممارسة النشاط مع أقران له تعينه على التعبير عن إنفعالاته وآرائه وإتجاهاته، دون خوف بما يساعد على تعديل سلوكه وإكسابه الشخصية السوية.

(٤) **التزود بالخبرات**: الكفيف كغيره يحتاج إلى الإستزادة من المعلومات والثقافة والخبرة والمعرفة. ويلاحظ أن النشاط البصرى يعاون فى التعلم التلقائى. عن طريق المحاولة والخطأ أو التقليد والمحاكاة. وتعين الجماعة فى تعويض هذا الجانب من إنعدام النشاط البصرى لدى الكفيف، ذلك بإتاحة الفرص أمام الكفيف لكى يتزود بالخبرات، والمعلومات عن طريق النشاط المحبب.

(٥) **غرس العادات السليمة**: يمكن عن طريق الجماعة معالجة بعض اللزمات والعادات السيئة والمنفرة لدى الكفيف كاللعب فى العين وهز الرأس أو الجسم أو الحركات اللإرادية. التى من شأنها التأثير على مظهره العام. ومجال ذلك عمليات النشاط التدريبى والترويحى والإجتماعى.

وهناك خدمات اجتماعية مرتبطة بالرأى العام، قد تكون فى نشر الدعاية بين المواطنين لتقبل تشغيل الكفيف. أو العمل على سلامته فى الطريق، أو للرعاية الوقائية والعلاجية لكف البصر ذاته وأخطاره.

وخدمات تشريعية، قد تكون فى المطالبة بالتشريعات المناسبة التى تستهدف الرعاية الاجتماعية لهذه الطوائف فى مختلف المجالات[١٧].

مراجع الفصل الرابع

١- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٢٠٠.

٢- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق ص ص ٢٩٠ - ٢٩٧.

٣- محمد عبد الظاهر الطيب، أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصى والإجتماعى للطفل الكفيف من الجنسين، منشورات المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٣٠.

٤- عطيات ناشد، واخرون، الرعاية ا لإجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٥٥.

٥- سيد خير الله، لطفى بركات، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٧، ص ص ٧ - ١٠.

٦- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولولجية غير العاديين وتربيتهم ، الإسكندرية، دار الفكر الجامعى، سنة ١٩٨٦، ص ٢٦.

٧-——————، مرجع سابق ص ٢٧.

٨- سيد خيد الله، لطفى بركات، مرجع سابق، ص ص ١٣ - ١٦.

٩- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الكفيف، القاهرة، مكتبة الخانجى، ١٩٧٨، ص ٢٨٣.

١٠- سيد خير الله، لطفى بركات، مرجع سابق ص ص ٤٤ - ٤٨.

١١-عبد الفتاح عثمان، مرجع سابق، ص ٥٨.

١٢- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، مرجع السابق، ص ص ٣٠١ - ٣٠٢.

١٣- محمد نجيب توفيق، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الإجتماعية، ١٩٨٨، ص ص ١٢٥ - ١٢٦.

١٤- المؤتمر العالمى لتأهيل وإدماج معاقى البصر، التوجيه العام لسياسة النهوض الإقتصادى والإجتماعى والتشريعى الخاص بمعاقى البصر، لائحة (١)، ١٩٨٠، تونس، ص ٧٤.

١٥- محمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقين دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧، ص ص ١٣٩ - ١٤٦.

١٦- محمد سيد فهمي، السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٣ ص ص ٧٧ - ٨٠.

١٧- عبد الفتاح عثمان، علي الدين سيد، مرجع السابق، ص ص ٣٠٤ - ٣٠٧.

وحول تعريف الكفيف وأساليب معاملته داخل الأسرة أنظر كل من:

- Dartheas Fichtner, How to Raise Blind Child West Company Christoffel Blindenimission, First Education, N.Y. Macmillan, 1979.
- Mani, M.NC., Techniques of Teaching Blind Childern, (Sterling Publishers Private Limted, 1992).
- Weckey Lewis, Development and Handicaped, New York, Basil Black Well, 1993.

الفصل الخامس

الإعاقـــة السمعـــية

تقديم

مفهوم الأصم.

محددات الإعاقة السمعية.

العوامل المسببة للإعاقة السمعية

العلاقة بين الإعاقة السمعية والكلام.

إحتياجات المعوق سمعياً.

الرعاية الموجهة للمعوقين سمعيا.

دور الأسرة تجاه المعوق سمعياً.

دور الخدمة الإجتماعية مع المعوقين سمعياً.

المراجع

الإعاقة السمعية

تقديم

تمثل الإعاقة السمعية أهمية خاصة فى مجال الرعاية الإجتماعية لذوى الاعاقات، وذلك نظراً لما تمثله حاسة السمع من أهمية، فالصمم يحرم الشخص من وسيلة إدراك ما يجرى حوله كما يحد من إتمام عملية الاتصال فالتعبير عن النفس والتلقى عن الآخرين ومواصلة هذا التلقى لا يتم إلا من خلال ما يطلق عليه اسم التغذية المرتدة Feed Back، وعملية الاتصال هذه هى أساس عملية أخرى لها أهميتها هى عملية التفاعل الإجتماعى، وما يتصل به من قيام العلاقات بين الأشخاص وهى تلك العلاقات المسئولة عن قيام حياة إجتماعية فعالة، وتمثل الفروق الفردية للشخص بما تحتويه من نواحى جسمية وعقلية ونفسية وإجتماعية، وكذلك رد الفعل المجتمعى إزاء تلك الفروق تحدد الأختلافات الأساسية لحاجات الشخص، فالشخص المعوق فد تختلف إحتياجاته عن الشخص العادى، كما أن هناك إختلافات نسبية بين إحتياجات كل شخص معوق وآخر باختلاف نوع ودرجة اعاقته ومدى تكيفه مع اعاقته ومدى تقبل ونظرة المجتمع له[1]. وسنقوم بتقديم عرض مختصر للإعاقة السمعية.

مفهوم الأصم وضعيف السمع:

يشمل مصطلح المعوقين سمعيا فئات الصم وضعاف السمع، وتعتبر أولى المشكلات التى تواجه من يتعرض للعمل مع المعوقين سمعياً صعوبة التعريف لمصطلحي الأصم وضعيف السمع فأحياناً ما ينظر إلى المصطلحين كمفهوم واحد وأحياناً أخرى كمفهومين مختلفين لكل منهما دلاله، كما ينظر اليهما كبعض تصنيفات الاعاقة السمعية، وتختلف النظرة إلى المصطلحين باختلاف الثقافات والتخصصات التى تتعرض لها[2].

والصم هم أولئك الذين يكون جهاز سمعهم معطلاً، ولا يؤدى الغرض الأساسى لوجوده، وقد يكون صممهم وراثياً (ولدوا صماً)، أو مكتسب (ولدوا سامعين) ولكنهم فقدوا حاسة السمع نتيجة مرض أو حادثه.

أما الشخص الأصم فيعرف بأنه ذلك الذى حرم من حاسة السمع، أو

هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو من فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة[٣].

وتستخدم كلمه ضعف السمع للشخص الذى فقد جزءاً من حساسيته للأصوات في أحدى أذنيه والبعض الآخر يستخدم نفس المفهوم لمن له بقية بسيطة من السمع[٤].

وبناءاً على ماسبق فإن الفرق بين الأصم وضعيف السمع ليس فرق فى الدرجة، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذى يتعذر عليه أن يستجيب إستجابة تدل على فهم الكلام المسموع، بينما الشخص الذى يشكو ضعفاً فى سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام السموع إستجابه تدل على إدراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت فى حدود قدراته السمعية، معنى ذلك أن الشخص الأصم يعانى عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهي معطلة لديه، وهو لهذا لا يستطيع اكتساب اللغه بالطريقة العاديه، فى حين أن ضعاف السمع يعانون نقصاً فى قدرتهم السمعيه، ويكون هذا النقص غالباً على درجات[٥]،وتضم فئة الصم وضعاف السمع فئات ترتبط بدرجة سماعهم.

ويمكن النظر إلى مفهوم الاعاقة السمعية من خلال المحددات الآتيه[٦].

١- درجة ضعف السمع:

يمثل هذا العامل أهمية في التفرقة بين الصم وضعاف السمع من خلال التعرف على درجة فقدان السمع فى الديسبل DB (وهى وحدة قياس التفاوت بين صوتين) مع تفسير تأثر الفرد فى قدرته على سماع الكلام.

ويمكن تقسيم الفقد السمعى وفقاً لذلك إلى:

أ- فقد سمعى من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتيه «ديسبل» أقل من العادية.

ب- فقد سمعى من النوع المتوسط Modrate وهو يتألف من أربعون وحدة صوتيه «ديسبل».

جـ- فقد سمعى من النوع الشديد Severe وهو يتألف من ستون وحدة صوتيه «ديسبل».

والفئة الأولى يمكن تركهم فى الفصول العادية، على أن تكون أماكنهم فى المقاعد الأمامية، والفئة الثانية تقدم لهم الأجهزة المساعدة للسمع Hear-ing Aids ، على أن يبقوا فى الفصول العادية، أما المجموعة الثالثة فيجب عزلهم فى فصول خاصة بهم.

وفى إحدى الدراسات التى قام بها «بيستبرج Pittsburg» على الأطفال فى الفئة العمرية من خمسة إلى عشرة سنوات حدد فئات الإعاقة السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام وفقاً للجدول التالى:

فئة الإعاقة	درجة الإعاقة	متوسط مستوى السمع فى الأذن الأفضل «بالديسبل»	القدرة على الفهم
الأولى	ليست واضحة	أقل من ٢٥	الصعوبة غير ظاهرة فى الحديث الخافت
الثانية	ضعيفة	٢٦- ٤٠	صعوبة مع الحديث الخافت فقط
الثالثة	متوسطة	٤١ - ٥٥	صعوبة متكررة مع الحديث العادى
الرابعة	ملحوظة	٥٦ - ٧٠	صعوبة متكررة مع الحديث العالى
الخامسة	شديدة	٧١ - ٩٠	يستطيع فهم الحديث الصارخ والمجسم فقط
السادسة	شديدة جداً	٩١ فأكثر	لايستطيع فهم الكلام الصارخ أو المجسم بالمرة

وهو يحدد طريقة حساب درجة وفئة الإعاقة للفرد بالاعتماد على الجدول السابق كمايلى:

١ - يتم قياس مستوى السمع بالأذن الأفضل.

٢- يتم حساب متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للمعادلة الآتية.

متوسط مكيف مستوى السمع = درجة السمع بالأذن الأفضل + ٥.

٣- ثم يتم حساب فئة الإعاقة بناء على متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للدرجات الموضحة بالجدول أعلاه.

وقد يبدو هذا التصنيف المعتمد على كثافة مستويات صوت الحديث صالحاً مع الكبار ذوى اللغة أكثر من الأطفال الصغار فى بداية عمرهم.

٢- السن:

يمكن تقسيم الضعف السمعى إلى فئات على أساس العمر مع بداية الإعاقة ففقدان السمع الذى يحدث عند الولادة أو قبلها أو فى خلال السنتين الأوائل من العمر قبل النطق تكون أشد الإعاقات بسبب تأثيرها على نطق اللغة.

وقد أقرت لجنة وضع الأسماء بمؤتمر المدارس الأمريكية للصم منذ ثلاثين عام على أهمية العمر مع بداية الإعاقة وأثرها على قدرة الفرد على الكلام والسمع فى تعريفهم للصم وصعوبة السمع، ووفقاً لذلك فالمعوقين سمعياً يقسمون إلى ثلاث فئات:

أ- الصمم الفطرى (الولادى): هم الذين ولدوا صماً ويفتقدون لوظيفة الإحساس السمعى لأغراض الحياة العادية.

ب- الصمم المكتسب: هم الذين ولدوا لديهم سمع عادى وافتقدوا لوظيفة الاحساس السمعى فيما بعد من خلال حادث أو مرض.

جـ- ضعاف السمع أو المصابين بصعوبة فى السمع: هم الذين لديهم احساس سمعى ناقص، قد يكتمل وظيفته باستخدام سماعة.

٣- العوامل المسببة للإعاقة:

يمكن تقسيم الضعف السمعى إلى فئتان وفقاً للعوامل المسببة للإعاقة وهى:

أ- عوامل فطرية «داخلية»: وهو يشير إلى العوامل الوراثية للفرد، فالنقص السمعى ينتقل من الوالدين إلى الطفل بالوراثة. وقد تظهر عدة ظروف وراثية بعد الولادة وفى متوسط العمر أو بعده، فمثلاً مرض Otosclerosis الذى يصيب الأذن الوسطى ويسبب تثبيت العظمة الركابية قد يصيب الفرد قبل الشباب.

ب- عوامل خارجية: وهو يشير إلى كل الأسباب غير الوراثية والتى تحدث نتيجة المرض أو التسمم أو الحوادث وتسبب ضرراً أو تلف أى جزء من الجهاز السمعى وقد تكون بعضاً من هذه العوامل مساعدة لإحداث الإعاقة بطريقة فطرية كفيروس الحصبة الألمانية . الذى يصيب الأم أثناء فترة الحمل، فيؤثر على الجنين ويجعله يولد معوق سمعياً.

٤- حالة الجهاز السمعي:

يمكن تصنيف الضعف السمعى للأغراض الطبية وفقاً للأضرار التى تصيب الجهاز السمعى:

أ- ضعف سمعى توصيلي: وهو الذى ينتج عن وجود تلف أو ضرر بالأذن الوسطى أو الخارجية، يعترض نقل ذبذبات الصوت خلال جهاز توصيل الصوت فى الأذن.

ب- ضعف سمعى عصبى (حسى): وهو الذى يصيب منطقة الاستقبال الحسى بالأذن وينتج عن ضرر فى الممرات العصبية السمعية الموصلة إلى المخ وهى تمثل اختلالاً فى وظيفة السمع.

٥- الاحتياجات التربوية للفرد:

يمكن تعريف الفرد الأصم وضعيف السمع من خلال حاجاته التربوية على النحو الآتى:

أ- **التلميذ الأصم:** وهو ذلك التلميذ ذو السمع التالف والذى يتطلب أسلوباً للتربية بواسطة أساليب مناسبة للتلميذ الذى لديه القليل أو ليس لديه لغة أو حديث مكتسب.

ب- **التلميذ ضعيف السمع:** ويمكن القول بأنه ذلك الذى لديه تلف فى السمع والذى يكون نموه فى الحديث واللغة - على الرغم من تخلفه - يمضى وفقاً للنمط العادى، والذى يحتاج من أجل تربيته ترتيبات خاصة أو تسهيلات معينة على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التى تستخدم مع الأطفال من ذوى الصمم الكامل.

٦- القدرة على الإستجابة للأصوات والكلام:

ويمكن من خلال هذا البعد النظر إلى فئتين:

أ- **الصمم:** وهم أولئك الذين ليس لهم «طبيعياً» قدرة على الكلام عند قبولهم بالمدرسة.

ب- **الصمم الجزئي (ذوى السمع الناقص):** وهم الذين بدأوا الكلام بشكل طبيعي (مهما كان غير متقن) قبل دخولهم المدرسة

وتصنف فئات الأطفال ذوى السمع الناقص بمايلي:

الدرجة الأولى: وهم الأطفال الذين لديهم عيوب فى السمع يمكن علاجها طبياً فى معظم الحالات ولايحتاجون إلى معينات سمعية أو نظام تعليمي خاص.

الدرجة الثانية: وهم الأطفال الذين لديهم قدرة طبيعية على الكلام ولكنهم يحتاجون إلى نظام تعليمى خاص إما طوال الوقت أو جزء من الوقت، وغالباً ما يحتاجون إلى معينات سمعية.

الدرجة الثالثة: وهم الأطفال الصم الذين لايقدرون «طبيعياً» على الكلام عند إلتحاقهم بالمدرسة والكثير منهم غالباً صم تماماً ويمكن مساعدتهم بالمعينات السمعية عند تعلم الكلام.

وقد قام ايتارد Itard فى أوائل القرت التاسع عشر بتصنيف الأطفال طبقاً لاستجاباتهم للأجراس والطبول وتبعه Urbantschitsch بتصنيفهم إلى:

١- صمم كامل - لايسمع شئ	Tal deafiness
٢- سماع اللهجة	Tone- hearing
٣- سماع المتحرك	Vowel - hearing
٤- سماع الكلمة	Word - hearing
٥- سماع الجملة	Sentence- hearing

ويقوم البعض بقياس وتحديد سماع اللهجات وفقاً لدرجة السمع (مقياس الديسبل)

وفى اطار ماتقدم تتفق وجهة النظر هذه مع وجهات النظر التى تحدد الإعاقة السمعية وفقاً للحالة الطبية للجهاز السمعى بجانب الاعتماد على قياس درجة السمع لتحديد فئة الاعاقة ولذلك فانه تقسم أنواع الإعاقة السمعية إلى:

- ضعف سمعي حسي: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بالممرات العصبية السمعية الموصلة للمخ بمنطقة الاستقبال الحسي بالأذن.
- ضعف سمعي توصيلي: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بأجهزة توصيل الصوت بالأذن الوسطى أو الخارجية.
- ضعف سمعي مركب: وهو مركب من النوعان السابقان.

كما يمكن تحديد فئة ودرجة الاعاقة إلى:

- ضعف سمعي غير واضح أقل من ٢٦ ديسبل.
- ضعف سمعي متوسط ٢٧ - ٥٥ ديسبل.
- ضعف سمعي واضح ٥٦ - ٧٠ ديسبل
- ضعف سمعي واضح جداً ٧٠ فأكثر.

حجم مشكلة المعوقين سمعياً :

قدرت هيئة الأمم المتحدة أن هناك مايزيد عن ٥٠٠ مليون معوق فى العالم منهم حوالى ٧٠ مليون شخص يعانون من الصمم أو الضعف الشديد فى السمع[٦]، كما اتضح فى تعداد السكان فى مصر عام ١٩٧٦ أن الصم يصل حجمهم إلى ١٢,٢٤٦[٧]. وفى دراسة لجامعة عين شمس اتضح أن نسبة نقص السمع لمختلف الأسباب تبلغ ٩٪ من السكان للأعمار التى تتراوح بين عام واحد إلى سبعين عاماً، فإذا وضعنا فى الاعتبار أن عدد سكان مصر حوالى ٥٠ مليون عام ١٩٧٨، ٤٤٪ منهم تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً لاتضح مدى عمق وحجم مشكله المعوقين سمعيا[٨].

العوامل المسببة للاعاقة السمعية:

ترجع الاعاقة السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثى والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات أصل جينى.

ويمكن بوجه عام تصنيف العوامل التى تؤدى إلى الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقاً للزمن الذى تحدث فيه الإصابة:

أ- عوامل تحدث قبل الميلاد

ب- عوامل تقع أثناء الميلاد

جـ- عوامل تؤثر فيما بعد الميلاد

وفيما يتعلق بالعوامل التى تلعب دورها قبل الميلاد، فهى تتضمن تسمم الحمل Toxemia of Pregnancy والولادة المبتسرة والنزيف الذى يحدث قبل الولادة والأمراض التى تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية والالتهابات التى تصيب الغدد النكفية والزهرى وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل، مما يؤثر على الجهاز السمعى عند الجنين.

أما العوامل التى تصاحب عملية الولادة فتشمل: الولادة التى تطول مدتها Prolonged Iabour والولادة المتعثرة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين والتهاب أغشية المخ التى قد تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائى.

وفيمايلى الأسباب الجنينية وغير الجنينية التى تؤدى إلى الإعاقة السمعية:

١- الأسباب الجنينية للإعاقة السمعية:

تحدث حالات الإعاقة السمعية ذات الأصول الجنينية نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة. ويتضمن هذا النوع من الصمم الوراثى فقدان للسمع بدرجة حادة ويكون غير قابل للعلاج، وكذلك فإن هذه الحالات تكون مزدوجة (أى تصيب الأذنين) وتتضمن عيوباً جسمية - عصبية فى نفس الوقت تسبب تليف الخلايا الشعرية القوقعية Cochles Hair الخاصة بالسمع أو اصابة العصب السمعى، ويمكن تحدد بعض من هذه العيوب:

أ- الأطفال الذى يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ فى عظام الأذن الوسطى تكون نتيجة عوامل وراثية، إلا أن حالات عدم التكوين الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بالأساليب الجراحية.

ب- زملة أعراض ترتيشر Treacher- Collin's وتتضمن أعراضها المتزامنة صغر حجم اذن الطفل، وإتساع الفم، وخلل فى تكوين الاسنان، وارتجاع خلفى للذقن وبعض العيوب الخلقية فى عظام الوجه.

جـ- زملة أعراض واردبرغ Waardenburg's Syndrome وتتضمن

اعراضها المتزامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض فى مقدمة الرأس، وتلون العينين بلونين مختلفين وبروز الأنف وخاصة من ناحية الوجنتين، وتقوس الشفاة.

د- مضاعفات عامل الـ Rh: توجد إتحادات وراثية معينة لفصائل الدم لدى الوالدين، ينتج عنها تنافر الدم بين الأم والطفل خلال فترة الحمل. وتحدث هذه الحالة عندما تكون الأم فصيلتها Rh سلبى وتحمل جنيناً بـ Rh إيجابى، فى هذه الحالة تدخل المواد المضادة للأجسام الغريبة من الأم إلى المشيمة الخاصة بالطفل، وتدخل فى مجرى دم الجنين فتتلف كرات الدم الحمراء

وتؤدى فى النهاية إلى طفل مصاب باليرقان الحاد وتكون النتيجة الطبيعية لذلك إما موت الجنين عند الولادة أو بعد الولادة المباشرة وإما أن يظل على قد الحياة مصاب بالصمم وكثيراً منهم يكونون مصابون بشلل جزئى فى المخ.

٢- الإعاقات السمعية التى لا ترجع إلى أصول جنينية:

الأسباب غير الجنينية التى يمكن أن تؤدى إلى الإعاقة السمعية كثيرة ومتنوعة وفيمايلى أكثرها شيوعاً:

أ- استخدام العقاقير: هناك بعض العقاقير التى قد يترتب على استخدمها وجود إعاقة فى السمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حديث الميلاد أو حتى عند الشخص الراشد.

ومن أهم هذه العقاقير Kanomycin, Meomycin وكذلك فإن عقار Streptomycin وبعض العقاقير الأخرى من مجموعة Mycin قد تسبب إصابة الخلايا القوقعية فى الأذن بالتلف. على أن الأفراد يختلفون عن بعضهم البعض فى درجة تأثرهم بالعقاقير المختلفة.

ب- الفيروسات VIruses وأهم الأمراض لهذا النوع فيروس الحصبة الألمانية الذى قد يصيب الأم خلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل.

وكذلك فيروسات: الجدرى الكاذب والالتهاب السحائي والتهابات الغدد النكفية والحصبة والانفلونزا.

جـ- أمراض تصيب الأذن الداخلية Internal Ear Diseases: هناك عدد كبير من الأمراض الفيروسية التى قد تسبب تلفاً للأذن الداخلية ومن بين هذه الأمراض: الالتهاب السحائى والجديرى الكاذب والبكتريا السبحية Streptoccus والبكتريا العضوية والتهابات الغدد النكفية Mumps والحصبة Measles والانفلونزا Influenza. ففى مثل هذه الحالات يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعى الداخلى الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبى المخى.

د- أمراض تصيب الأذن الوسطى Middle Ear Diseases: لعل من أهم الأمراض التى تصيب الأذن الوسطى الالتهاب السحائى المخى، ففى هذه الحالة يتواجد سائل (صديد) فى الأذن الوسطى بسبب إنسداد قناة ستاكيوس مما يترتب عليه ضغط سلبى فى الأذن الوسطى. ومن الأعراض الملحوظة فى مثل هذه الحالات إفراز صديد من الأذن الوسطى قد يجده الآباء على الوسادة التى ينام عليها الطفل. وينتج ذلك عن إصابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجى كآلة حادة، أو نتيجة إلتهاب فى الأذن الوسطى، فيحدث مثل هذا الثقب الذى يسمح بنزول الصديد، على أن الإلتهاب السحائى المزمن من شأنه أن يتلف الأذن تماماً. وبالإضافة إلى الإلتهاب السحائى توجد أنواع أخرى من الأمراض الإلتهابية التى تؤثر على الأذن الوسطى والتى من بينها ورم الأذن الوسطى اللؤلؤى Cholesteatonna وهو عبارة عن تواجد أنسجة جلدية مكونة داخل الأذن الوسطى.

وكذلك يمكن أن يتأثر سمع الطفل نتيجة لتراكم صماغ الأذن، أو نتيجة لتجميع أشياء غريبة عن الأذن فى القناة السمعية[٩].

الكشف عن الصمم:

من الأفضل التبكير فى كشف وتقدير مدى فقدان السمع، حتى يمكن تخطيط البرامج التربوية والإجتماعية فى ضوء الواقع. وهناك عوامل تدل على فقدان السمع أهمها:

أ- إذا تأخر الطفل فى الكلام فى السن العادية

ب- إذ ظهر على الطفل عدم فهم الكلام

جـ- إذا إنعدم تجاوبه وتمييزه للأصوات

هذه الجوانب تفيد فى دراسة الحالة إلى جانب الرجوع إلى سجل الطفل الصحى أن وجد، وتعتبر هذه المعلومات دالة على أن الطفل يجب أن تجرى عليه إختبارات السمع للتأكد من أنه فعلاً أصم.

وعلينا أن ندرك أن هناك ظروفاً قد تؤدى إلى ظهور الصمم لدى الأطفال أهمها الضعف العقلى والاضطرابات الانفعالية أو خلل أعصاب المخ. وهذا يؤكد أهمية البحث الدقيق والإختبارات الخاصة حتى يوضع الطفل فى مكان مناسب.

أما فى حالات الأطفال الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم الكلام والتفاهم فلا يكون التشخيص بمثل هذا التعقيد السابق[١٠].

الارتباط بين الاعاقة السمعية والكلام:

يعتبر الكلام من أهم سبل الاتصال النفسى بين انسان وآخر، فإذا تكلم شخص مع آخر فإنه ينقل إليه حالات نفسيه كامله فيها معان ومشاعر وانفعالات وفيها اتجاهات ورغبات.

وعملية الكلام ليست مجرد إخراج أصوات لها دلالة نتيجة تحريك أعضاء الجهاز الكلامى المختلفة، ولكنها تعتمد على ترابط وانسجام طرق الاستقبال والمراكز الحسية والحركية فى المخ، وجهاز الكلام وذلك حتى يكون للكلام دلاله معينه ولتصبح أداة للتخاطب والتفاهم بين أفراد المجتمع[١١].

وعلى ذلك فعملية الكلام من الناحية العضوية تحتاج إلى اكتمال فى الجهاز العصبى الذى يقوم بهذه العملية ويشمل ذلك الحواس التى تستخدم فى تلقى الكلمات ومن أهمها السمع بدءاً من الأذن والعصب السمعى والمراكز السمعيه فى المخ ثم الموصله إلى مراكز حفظ الكلمات (الذاكره) ومنها إلى عضلات الحنجرة والفم واللسان علاوه على الصدر والرئتين وغير ذلك من أعضاء ولذا فان أى خلل فى هذه الأعضاء يترتب عليه اعاقة الكلام.

ان عملية الكلام عند الطفل تبدأ باصدار أصوات لا ارادية نتيجة لحركات الجهاز الكلامى (وهذا مظهر حركى صرف)، ولكن سرعان

ماتكتسب هذه الأصوات دلالات معينة نتيجة لنمو المدركات الحسية- سمعية وبصريه ولمسيه (وهذا مظهر حسى) ولا يمكن أن يستقيم كلام الطفل الا إذا كان هناك توافق بين المظهر الحركى والمظهر الحسى، وكلما كان هذا التوافق طبيعيا كلما كان الكلام بدوره طبيعيا.

من الأهمية فى هذا المجال أن نشير إلى أن العلاقة السمعيه ليست هى المسئولة بمفردها عن حدوث اضطراب فى الكلام أو عيوب فى النطق ولكن يمكن ارجاع ذلك إلى عده أسباب من بينها الاعاقة السمعية وذلك على الوجه التالى:

١- عيوب ترجع العله فيها إلى أسباب عضويه مثل عيب فى الجهاز الكلامى، أو السمعى كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب فى أى عضو من أعضاء الجهازين أو النقص فى القدرة الفطرية العامة (الذكاء) مما يؤدى إلى خلل فى تأديه هذا العضو أو تلك القدرة فيحدث نتيجة لذلك عيب فى النطق أو احتباس فى الكلام أو نقص فى القدرة التعبيرية.

٢- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وظيفية - فالمصاب لا يشكو أى نقص عضوى فى الجهاز الكلامى أو السمعى ولكن كل ما هنالك أن قدره الفرد على التعبير متأثره بعوامل غير عضوية تسبب له اضطرابات عدة تختلف من حيث نوعها وشدتها وفقاً لمدى قوة هذه العوامل وتأثيرها فى الفرد.

وبجانب التقسيم السابق - يوجد تقسيم أخر أكثر تفصيلاً لايقوم فى أساسه على النظر إلى مصدر العلة بل يقوم على أساس المظهر الخارجى للعيب الكلامى وتتخذ هذه العيوب على حسب التقسيم أشكالاً مختلفة منها الآتى:

(١) التأخر فى قدرة الطفل على الكلام.

(٢) احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير وهذه المجموعة من الأمراض الكلامية معروفه باسم (الافيزيا).

(٣) العيوب الا بداليه وهى عيوب تتصل بطريقة نطق أو تقويم الحروف وتشكيلها (من أسبابها العضوية فقدان السمع أو ضعف القدرة السمعيه).

(٤) الكلام الطفلى.

(٥) الكلام التشنجي.
(٦) العيوب الصوتيه.
(٧) العيوب المتصلة بطلاقة اللسان وأهم عيوبها الظاهره المرضيه المعروفه باسم اللجلجة أو التلعسم.
(٨) عيوب النطق والكلام الناتجة عن نقص فى القدرة السمعيه أو العقليه.

وبناء على ماتقدم تتضح العلاقة بين الاعاقه السمعيه والكلام، إلى أن العمليه الكلاميه هى عمليه مكتسبه تعتمد أعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاه الصوتيه – ويعنى ذلك أن أي خلل يصيب الجهاز السمعى يترتب عليه فقد النطق أو حدوث عيب فى طريقة النطق، ويحتاج هؤلاء إلى تمرينات خاصة لعلاج الناحية الكلامية ويحتاجون أيضاً زيادة على ذلك إلى تمرينات لتقوية السمع نفسه[١٢].

احتياجات المعوق سمعياً:

ينظر إلى الحاجة Need على أنها ما تتطلبه العضويه لتكيفها الأمثل مع البيئة والحفاظ على بقائها أو نوعها، مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والجنس ... الخ[١٣]. كما تعرف بأنها حالة من النقص والافتقار وتقترن بنوع من التوتر والضيق لا يلبث أن يزول متى قضيت الحاجة أو زوال النقص، سواء كان هذا النقص مادياً أو معنوياً.

قدم ابراهام ماسلو Maslow نظاماً لترتيب الحاجات الإنسانيه على شكل هرم تشغل قاعدته الحاجات الفسيولوچية الأساسية وتتدرج تلك الحاجات ارتفاعاً حتى تصل إلى قمة الهرم حيث توجد حاجة الإنسان لتحقيق الذات وذلك فى اطار حاجاته للفهم ويمكن تصور نظام ماسلو فى الحاجات التاليه.

١- حاجات فسيولوچية (الجوع – العطش – الهواء – الاخراج..)
٢- حاجات الأمن (الطمأنينة – الأمان – غياب الاخطار .. الخ)
٣- حاجات الحب (الإنتساب – التقبل – الانتماء .. الخ)
٤- حاجات الاحترام (الانجاز – القبول والاستحسان – الكفاءه .. الخ)
٥- حاجات تحقيق الذات (إنجاز تحقيق الذات وتحقيق الفرد لامكانياته)[١٤].

وغالباً تعتبر هذه الحاجات قاسماً مشتركاً لكافئة الفئات الإنسانية

الإسوياء منهم وغير الأسوياء، ولكننا نرى أن هناك حاجات ذات طابع خاص ترتبط باحتياجات الطفل المعوق سمعياً ولها دور فى تخفيف حدة اعاقته ومساعدته على إشباع احتياجاته المختلفة ويمكن تقسيمها إلى الجوانب الثلاث الآتية:

أ- إحتياجات تعليمية:

إن لغة التفاهم هى أهم العوائق أمام الطفل المعوق سمعياً على حين أن التعليم هو منفذه، لكن وسائل التعليم العامه لا تستطيع النفاذ من خلال جدران السكون والصمت بسرعة كافيه حتى تتيح للشخص قدرة عاديه للتطور ولهذا يحدث تأخر كبير فى هذا التطور نتيجة لبطئ تعليم اللغة[١٥]، فهو يحتاج إلى أساليب تعليمية تختلف عن تلك الأساليب المتبعه مع الأطفال العاديين بل الأطفال من ذوى فئات الاعاقه الأخرى، فهو يحتاج إلى فهم المدرس لمشكلتة ولا نعنى بذلك المغالاة فى الشفقة والعطف عليه بل نعنى مراعاة ظروفه الخاصة وتوجيهه حتى يستطيع التوافق بدرجة طيبه مع عالمه الخارجى[١٦].

ونظراً لأن الطفل العادى يأتى من المنزل ولديه من المعلومات والالفاظ اللغوية قسط كبير نتيجة تكرار سماعها يومياً فى مناسبات مختلفة مما يثبت هذه المعلومات ولا يحتاج تعليمها فى المدرسة إلى تكرار كثير. أما بالنسبة للطفل المعوق سمعياً فإنه يأتى ومعلوماته اللغوية تكاد تكون منعدمة، ويحتاج تعلمه لها إلى تكرار مستمر وخلق مواقف تلزم استعمالها حتى يرتبط المعنى بالكلمه، الأمر الذى يستلزم وجود وسائل إيضاح كثيرة، يضعها دائماً تحت ناظريه حتى يمكن الرجوع إليها كل يوم تقريباً فى دروسة، ويمكن القول أن الوسائل التعليمية المختلفة، يمكن أن تؤدى إلى استثارة اهتمام التلميذ وإشباع حاجته للتعلم وخاصة أنه ثبت من الأبحاث أن من الشروط التى تساعد الطفل على التعلم وجود الحاجة للتعلم وشعوره بأهمية إشباع هذه الحاجة. كما أنها تساعد على زيادة خبرته فتجعله أكثر إستعدادا للتعلم وإقبالاً عليه. فالحصيلة اللغوية للطفل من الصور والأصوات تبدأ مبكرة عن حصيلته من الكلمات والألفاظ[١٧]، وقد أثبتت الدراسات فى مجال علم النفس الخاص بالمعوقين سمعياً أن ذكاء الطفل المعوق سمعياً عملى أكثر منه معنوى أو لفظى[١٨].

فكلما كانت الخبرات التعليمية التى يمر بها الطفل المعوق سمعياً أقرب إلى الواقعية أصبح لها معنى ملموس ووثيق الصلة بالأهداف التى يسعى الطفل الى تحقيقها والرغبات التى يتوق الى إشباعها.

وبصفة عامة يقصد بالوسائل التعليمية بأنها المواد والأجهزة والمواقف التعليمية التى يستخدمها المدرس فى مجال الإتصال بطريقة ونظام خاص لتوضيح فكرة أو تفسير غامض أو شرح أحد الموضوعات بغرض تحقيق التلميذ لأهداف سلوكيه محددة والمواد التعليمية تشمل الأفلام والاسطوانات والخرائط والصور والنماذج وغير ذلك من المواد .. الخ[١٩].، وأما الأجهزة التعليميه أو الأدوات فهى العدد والآلات التى تستطيع بها نقل الوسائل أو عرضها ومن أمثله ذلك جهاز التسجيل الصوتى وجهاز السينما وجهاز الحاسب الالكترونى وجهاز التليفزيون[٢٠].

ب- إحتياجات تأهيلية:

يقصد بالتأهيل عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانيات الطفل المعوق والعمل على تنمية هذه القدرات بحيث يحقق أكبر نفع ممكن له فى الجوانب الإجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية فهو يشمل دراسه طبيعية الاعاقه والآثار المترتبة عليها ثم اعادة بناء وخلق وتدعيم القدرات الحاليه بما يوفر له القدرة على الاعتماد على النفس[٢١].

والعملية التأهيلية تتطلب تضافر جهود وخبرات الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والموجهين المهنيين والمدربين وغيرهم لتوجيه مجموعة من البرامج المتكاملة من النواحى الطيبة والإجتماعية والمهنية والنفسية بقصد تحويل الفرد المعوق إلى فرد يعيش فى المجمع عيشة راضية ومستقيمة سواء بحصوله على عمل مناسب أو حصوله على خدمات تيسر له وسائل المعيشة اليومية[٢٢].

والطفل المعوق سمعياً يحتاج إلى توجيهه لأساليب مهنية تلائم مواهبه وماتبقى لديه من قدرات حتى يستطيع أن يقاوم شعوره بالنقص ويتغلب على النتائج النفسية المصاحبة لاعاقته[٢٣].

جـ- إحتياجات تدريبية خاصة:

الأطفال المعوقون سمعياً يواجهون مشكلات فريدة خاصة بهم، فهم لايسمعون أى نوع من الكلام منذ ميلادهم «غالبا» ولايستطيعون إستيعاب اللغة المنطوقة ولذلك فهم فى حاجة إلى الإهتمام بتنمية وتطوير المهارات الخاصة بالكلام وإستخدام اللغة من خلال حاسة السمع وهذا يحتاج إلى نوع من التقنيات ذات طبيعة خاصة، وقد يمكن تحقيق هذا الأمر فى كثير من الأحيان بإستخدام المعينات السمعية[٢٤].

كما أن الطفل في حاجة إلى التدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة من خلال برامج التدريبات السمعية بالأجهزة الحديثة، حيث يجب أن تتم عملية إختيار التقنيات السمعية بواسطة إرشاد أخصائي في السمع لكي يساعد الطفل على تعلم إستعمالها بأكبر قدر ممكن من الكفاءة من خلال برنامج تدريبي خاص يراعى فيه حاجات الطفل الفردية [٢٥].

ويحتاج الطفل المعوق سمعياً إلى تعليمه جميع أشكال التواصل بينه وبين أفراد المجتمع حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة فى سن مكبرة بقدر المستطاع[٢٦].

الخدمات الموجهة للمعوقين سمعيا:

تفرض الإعاقة على الإنسان مجموعة من المشكلات كنتيجة مباشرة لها وللظروف المحيطة بها، ونظرة المجتمع إلى الإعاقة والمعاقين، وهدف المتخصصين والمهن المختلفة التى تعمل مع المعوقين هو مساعدة المعوق على تقبل إعاقته، ويتحقق ذلك من خلال برامج التأهيل التى تساعد المعوق على - أن يصل إلى مستوى الفرد العادى ما أمكن، وأن يكون هناك توافق نفسى وإجتماعى يساعد المعاق على أن يكون علاقة مرضية مع اعاقته.

والخدمات المقدمة للمعوقين بفئاتهم المختلفة يجب أن تتسم بصبغة التكاملية، وأن يتناول المعوق كفرد داخل المجتمع وليس كشخص يعيش فى فراغ، مع الأخذ فى الإعتبار بأن المعوق إنسان قد أعيق بسبب البيئة الأسرية أو المجتمعية بشكل عام، ولهذا يجب أن يمر فى عملية تعيده إلى المجتمع من خلال خدمات متكاملة تحقق له أفضل قدر ممكن من التوافق حتى يصبح

صالحا لان يتقبل وضعه الجديد ويتقبله الناس كإنسان لايختلف عنهم إلا بقدر مايختلف بعضهم عن بعض عندما يصاب أحدهم بمرض من الأمراض التى تكف إحدى حواسه أو تعطل أحد أعضائه عن وظائفها.

من هذا المنطلق يمكن القول أن المعوقين سمعيا فى حاجة إلى مجموعة من الخدمات المتكاملة يمكن إجمالها فيما يلى:

١- **الخدمات الطبية**: والتى يقدمها طبيب الأنف والأذن - والسمعيات. ومايتطلبه ذلك من أجهزة طبية وتأهيلية وعلاجية.

٢- **الخدمات النفسية**: والتى تستهدف تغيير نظرة المعوق إلى نفسه مع الإستفادة من إمكانياته الحقيقة المتبقية ويتطلب ذلك إجراء اختبارات مختلفة على القدرات العقلية والشخصية.

٣- **الخدمات التعليمية**: ولقد اختلفت وجهات النظر حول الحاق المعوقين سمعيا بالفصول التعليمية لعادى السمع أو ترى بعض هذه الدراسات إيجابية الحاق تلك الفئة بالفصول العادية مع مراعاة تنمية القدرة اللفظية وتوفير الرعاية الإجتماعية والنفسية اللازمة لما قد يظهر من مشكلات تتعرض لها تلك الفئة، وقد أوضحت تلك الدراسات أن العزلة الثقافية والإجتماعية للمعوقين سمعيا والذين لديهم بقايا من السمع والكلام بفصول للصم يثبت الإعاقة لديهم ويلغى ماتبقى من الحاسة بما يضر بالمعوق ويؤثر على توافقه فى حين ترى دراسات أخرى أهمية وجود مدارس خاصة للصم وضعاف السمع ممايزيد من احساسهم بالأمن والحماية نظرا لتواجدهم بين قرنائهم الذين يتفاهمون معا بسهولة ويسر.

٤- **الخدمات المهنية**: والتى تساعد المعاق سمعيا على التدريب على مهنة تتناسب مع قدراته الخاصة ومهاراته وظروف الشخصية والإجتماعية، ثم مساعدته على إيجاد العمل المناسب مع المتابعة المستمرة لتذليل مايصادفه من عقبات أو مشكلات.

٥- **الخدمات الإجتماعية**: إن الخدمات السابق ذكرها لن تحقق الهدف منها مالم تدعم بأنواع أخرى من الخدمات التى تستهدف مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية لتلك الفئة وعلى هذا فإن الخدمات

الاجتماعية تعد حجر الزاوية في مدى تقبل المعوق سمعيا لأشكال الرعاية الأخرى بمعنى أن التأهيل النفسي والاجتماعي يجب أن يسبق الخدمات الأخرى ويمهد لها وفي ذلك تأكيد لأهمية دور الخدمة الاجتماعية وطبيعة للحاجة إلى تكامل الخدمات التي تقدم لهذه الفئة - (وسوف يتم شرح هذه الخدمات فيما بعد بالتفصيل).

نخلص مما سبق عرضه بأن الشخص المعوق سمعيا يحتاج إلى خدمات متكاملة طبية ونفسية وتعليمية ومهنية واجتماعية تمكنه من التغلب على الآثار التي تخلفت من عجزه وذلك بهدف إعادة تنظيم وبناء طاقاته حتى يمكن التفاعل مع البيئة التي يعيش فيها والمشاركة في نشاطاتها والإتصال بغيره من أفراد المجتمع:

وحتى تحقق تلك الخدمات الهدف منها فإنه من الضروري توافر مراكز تشخيص وعلاج أمراض السمع والكلام والعلاج التخاطبي السمعي الذي يساعد على تنمية القدرات الصوتية والسمعية واللغوية للمعاق سمعيا وخاصة للطفل ضعيف السمع كما أن أختيار الساعة المناسبة وتركيبها وضبطها حسب قدرة الطفل على السمع أو حسب النقص السمعي للمعوق دورا هاما في المراحل العلاجية والتدريب التخاطبي السمعي والتعليم والتدريب المهني(٢٧).

دور الأسرة تجاه الطفل المعوق سمعيا:

يتأثر الطفل بالسمع حتى في مرحلة ماقبل الولادة، وتشير كثير من الدراسات إلى أن الجنين في مراحل نموه الأخيرة، وقبل ولادته، يتأثر بالأصوات المختلفة في البيئة المحيطة بالأم، كما لوحظ بأنه ينزعج للأصوات العالية أو المزعجة وهو مازال داخل رحم الأم.

أما بعد الولادة، فإن الطفل يمر بمجموعة من العمليات يقوم فيها ببناء الإرتباطات، والتدرب على عمليات التذكر، وتكوين العادات المختلفة، وإقامة العلاقات الاجتماعية مع الأفراد المحيطة به أو من ذوى الأهمية في حياته، وذلك قبل أن يبدأ في إستخدام اللغة لفترة طويلة. وتعمل هذه العمليات غير المرئية على تكوين الأساس الذي تقوم عليه عمليات الحديث والكلام، وهو

مايعتبر من الأمور الضرورية لتنمية القدرات الذهنية الخاصة بالإتصال بالآخرين.

ويبدأ الطفل فى تفهم الأحداث التى تقع فى البيئة المحيطة به داخل الأسرة إذا ماسمح له الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه بذلك عن طريق مساندته وتلبية حاجاته وعدم حرمانه، مما يدفعه بالتالى إلى الربط بين المواقف الأسرية المختلفة وإرضاء حاجاته من جهة، وإلى التعرف على عالمه الصغير المحيط به من جهة أخرى.

كذلك يبدأ الطفل فى التعرف على كيفية عمل الأشياء المختلفة، وعلى أبعاد المواقف الحياتية المتنوعة التى تمر به، وأغراض الآخرين وأهدافهم، كما يبدأ فى تكوين الخطط التى يحتاج إليها لمقابلة مختلف المواقف تبعا لخبراته السابقة والجديدة المكتسبة، على الرغم من بساطة تلك الخطط وطفوليتها.

ونظرا إلى أن الطفل الأصم محروم من إستخدام اللغة التى تعتبر أداة إتصال كما تعتبر من الأمور الضرورية اللازمة للتعامل مع المفاهيم التى تشكل بدورها أساس التراث الثقافى بجميع جوانبه، فإنه يجد نفسه عاجزا عن المشاركة بشكل تام فى مجالات الحياة الإجتماعية والإقتصادية مالم يتقن إستخدامها. وتؤدى العزلة التى يفرضها الصمم على الطفل إلى تعطيل إستفادته مما لديه من قدرات طبيعية وإستعدادات، لأن جميع الأطفال الأسوياء منهم وغير الأسوياء لديهم الرغبة فى المعرفة ولاينقصهم الدافع إلى حب الإستطلاع وإلى البحث والتجربة والتعرف على الأشياء وإكتشاف الحقائق.

ومن أهم الأعمال التى يمكن لأسرة الطفل المعوق سمعيا القيام بها هو السعى لمنع حدوث الشعور بالعزلة أو تعميقه نتيجة لحرمان الطفل من سماع مايدور حوله. ويعتمد تحقيق هذا الهدف على العلاقة القائمة بين الطفل المعوق سمعيا وأفراد أسرته الذى يمكنهم أن يلعبوا دورا هاما فى هذا المجال. وبما أن مشاعر الطفل المعوق سمعيا تجاه نفسه تعتبر انعكاسا لمشاعر المحيطين به تجاهه وتجاه إعاقته، فسوف يتأثر بطبيعة نظرتهم إليه مما قد يؤثر تأثيرا سلبيا عليه من جميع الوجوه، مالم يعمل هؤلاء الأفراد على تقبل إعاقة الطفل بشكل طبيعى خال من التحيز أو الإضطهاد.

ويبدأ دور الأسرة منذ اللحظة الأولى التى تكتشف فيها مشكلة الطفل واحتمال إعاقته بإعاقة سمعية، إذ عادة مايشعر الوالدان بوجود خلل مافى قدرة الطفل على السمع نتيجة لعدم إستجابته للمثيرات السمعية المحيطة به والتى تصل لمسامعه بشكل طبيعى، أو لعدم إلتفاته إلى مصدر الأصوات بالمستوى المتوقع بعد مايبلغ الشهر الثالث أو الرابع من العمر، وهو مايبعث فى الوالدين شعور بالخوف والضيق والقلق ويدفعهم إلى البحث عن ذوى الإختصاص الذين يمكن التحدث إليهم فى هذا الأمر. وعادة ماتتجه الأسرة إلى إستشارة الأطباء المختصين، غير أن مايجب التأكيد عليه هو أنه مهما كانت نتيجة الاستشارة الطبية فإنه يتحتم عليهم عدم التردد فى أشعار الطفل بالتقبل والتفهم اللازمين على الرغم من إعاقته، فالحب والتقبل هما مفتاح الطريق نحو حث الطفل وتشجيعه على تقليد غيره من أفراد الأسرة ومحاولة إصدار الأصوات من أجل السيطرة على أجهزة الكلام وتنمية القدرة على الحديث. ويشير العلماء إلى أهمية العلاج المبكر فى حالة إمكانية إستخدام الوسائل المعينة على السمع، إذ يجب تزويد الطفل الأصم بالسماعات قبل أن يبلغ السنة الأولى من العمر إذا أردنا له أن يتعلم الكلام بشكل سليم، خاصة فى حالة وجود بعض بقايا الأحاسيس السمعية مهما تضاءلت.

وفى الوقت الذى ينصح فيه بمعاملة الطفل الأصم على أنه لايختلف عن الأسوياء وبأنه جزء لايتجزء من الأسرة، فإنه يجب التحذير من أن الأفراط فى فرض الحماية على الطفل وإبداء العطف غير المحدود تجاهه قد يضران به ويحرمانه من إستخدام قدراته للتعبير عن نفسه وعن مشاعره، كما قد يؤديان إلى توجيهه نحو أخذ جميع الأمور بسهولة وعدم القيام ببذل الجهد اللازم من أجل تحقيق أهدافه الشخصية. كما يجب الإشارة إلى أن توفير الجو المناسب لايتوقف عند حد تشجيع الطفل نحو الميل إلى إقامة علاقات اجتماعية إيجابية فقط، وإنما يعمل على دفعة بدون حدود إلى الإقدام على البحث والإكتشاف والتعرف على الأشياء وإلى المبدأة. أما الجو الأسرى غير المناسب، فإنه يؤدى إلى كف الرغبة لدى الطفل فى إستخدام حواسه وقدراته واستعداداته الطبيعية لإكتشاف البيئة وتنمية قدراته العقلية.

ويحتاج أولياء أمور الأطفال الصم وضعيفى السمع إلى بذل مجهود

كبير، وإلى التحلى بفضيلة الصبر لمواصلة الحديث إلى أطفالهم باستمرار حتى ولو لم يصدر من الأطفال مايفيد استجابتهم لذلك، كما يستغرق الأمر كثيراً من الوقت لبناء قواعد إستخدام اللغة عن طريق الربط بين الكلمات كأسماء وبين مسمياتها من الأشياء أو النشاطات الدالة عليها. وقد إتضح أنه من المستحيل إحلال أى طريقة أخرى مكان الدور الذى يمكن أن يقوم به الوالدان فى تكوين خبرات مشتركة مع الطفل الأصم لكى يفهم وظيفة اللغة ومساعدته على إستخدام الكلمات. فالطفل المعوق سمعيا المتوافق والذى يشعر بتقبل الآخرين له يبدى كثيرا من الإهتمام بوالديه ويعمل على الإلتفات إلى شفاههما أثناء حركتها فى الكلام مما يساعد على الربط بين نطق الشفاة والأشياء المختلفة ذات العلاقة بتلك الكلمات أوغيرها من نشاطات الأهل أو إشاراتهم أو تعبيرات وجوههم.

وهناك كثير من الوسائل التي تساعد الطفل على إستخدام الصوت فى بداية تعلم الكلام، فهو قد يبدأ أولا فى تقليد الشفاه ثم يعمل على الربط بين حركات الشفاه والذبذبات التى يمكن أن يتحسسها عن طريق لمس رقبته أو رقاب الآخرين. وتقوى هذه الرابطة عندما يبدأ الطفل فى ملاحظة حركات شفاهه ولسانه فى المرآة.

ويشعر الطفل بسعادة غامرة عندما يشعر بتشجيع والديه وإبداء رضاهم عنه وتقبلهم له وبخاصة بعدما يبدأ فى التعامل معهم عن طريق الكلمات. ولتعويض مايحمله الصوت من معنى فإنه يجب إحاطة الطفل المعوق سمعيا بجو من الألفة والمحبة والعطف والتقارب عن طريق ضم الأم للطفل، وملاعبته، والتحدث إليه، والغناء له والضحك معه، حتى تعمل على استثارته ودفعه إلى الحديث بشكل طبيعى.

بعض الطرق المقترحة لمساعدة أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً:

نظراً إلى أن مشاركة آباء الأطفال المعوقين سمعياً فى العناية بهم وتدريبهم وإخراجهم من عالم العزلة الذى يفرضه الصمم أو ضعف السمع تعتبر ضرورية ولايمكن الاستغناء عنها، لذا فمن الضرورى تصميم برامج لمساعدة هؤلاء الآباء كى يستطيعوا مساعدة أبنائهم. وهناك مجموعة من النشاطات المقترحة التى يمكنها المساهمة فى هذا المجال، وأهمها:

١- الإرشاد النفسى

يعانى بعض أولياء أمور المعوقين سمعياً من القلق النفسى الذى ينتج عن حيرتهم وتخوفهم على مستقبل أبنائهم دراسياً ومهنياً، بالإضافة إلى شعور بعضهم بعدم القدرة على الإنتماء للطفل بسبب إفتقارهم إلى وسيلة إتصال مشتركة بينهم. ويمكن لخدمات الإرشاد النفسى إعداد هؤلاء الآباء لتقبل الحقيقة والتخلص من الضيق والقلق مما يعمل على المساهمة فى تحرير قواهم النفسية ومن ثم قواهم العامة، وبحيث يكونوا قادرين على مساعدة أبنائهم على أفضل وجه ممكن.

٢- الإرشاد الإجتماعى:

يستطيع العاملون فى هذا المجال تقديم خدماتهم عن طريق استيفاء المعلومات اللازمة وعمل ملف للطفل يحتوى عن تاريخ الأسرة الصحى وعلى نتائج مايجرى من مناقشات مع أفراد أسرة الطفل المعوق سمعياً ، وبيان آمالهم وطموحاتهم أو حيرتهم وعدم وضوح الرؤية لديهم تجاه طفلهم المعوق. وعن طريق نتائج المقابلات والمناقشات وما أمكن ملاحظته أو التوصل إليه من معلومات عن الطفل خلال حياته المدرسية أو المؤسسية، يمكن مشاركة الأسرة فى وضع برنامج كفيل بتنمية قدرات الطفل الاجتماعية وإيجاد فرص الإتصال وإستخدام خبراته الخالية خاصة فى مجال التدرب على النطق وقراءة الشفاه لكيلا يعيش خلف جدران العزلة والإنطواء.

٣- الإرشاد الطبى:

بعدما يتم تشخيص الطفل على أنه معوق سمعياً (فإن الوالدين عادة مايصادفان مشاكل جديدة تتمثل فى شعورهم فى البداية بالصدمة والحزن وحتى إنكار حدوث الإصابة أصلاً ورفض تقبل الحقيقة) فإنهما يبدان فى البحث عن المساندة والمشاركة وتعاطف غيرهما معهما. وتتمثل المساندة المطلوبة فى وجود طرف ثالث ينصت إليهما أثناء تعبيرهما عن مشاعرهما قبل أن يبدأ الطبيب أو الإختصاصى الطبى فى تقديم المعلومات الضرورية ونصائحه اللازمة للعناية بالطفل والإتفاق على برنامج زيارات ومتابعة طبية.

٤- برامج تعليم الآباء:

وتعتمد هذه البرامج على الحقيقة القائلة بأن توافق الطفل فى حياته إنما

يعتمد إلى حد كبير على مدى توافق والديه فى حياتهم، وعلى قدرة الأبوين فى العناية بطفلهما ومقابلة حاجاته بشكل إيجابى. وتهدف مثل هذه البرامج إلى مساعدة الآباء على تقبل أبنائهم وزيادة فهمهم، وعلى تقدم المعلومات المتخصصة لهم فى كيفية تدريب الطفل والعناية بتعليمه من أجل الوصول به إلى التوافق مع المجتمع المحيط بسهولة، والتخلص من الشعور بالصراع. وتأخذ برامج تعليم الآباء أشكال كثيرة منها:

* التعليم الذاتى عن طريق القراءة والإطلاع والبحث وإكتساب الخبرات الذاتية.
* مايقدمه ذوو الإختصاص فى هذا المجال لأولياء الأمور.
* مايقدمه الآباء لبعضهم البعض.
* المساهمة فى جميعات الآباء الأهلية لمساندة المعوقين.

وتعتمد برامج تعليم الآباء بشكل رئيسى على المعلومات المهنية المتخصصة المتوفرة فى مجالات الصحة النفسية لولى الأمر وطفله، وعلى التفهم الشامل لطبيعة الإعاقة وكيفية علاجها أو تصحيحها، وعلى المعلومات الواقعية عن نواحى القوة والضعف لدى الطفل المعوق.

* مجالس الآباء أو الزيارات الدورية للمدرسة أوالموسسة التى ينتمى إليها الطفل[٢٨].

دور الخدمة الإجتماعية مع المعوقين سمعياً:

قبل التطرق إلى دور الخدمة الإجتماعية مع هذه الفئة يجب التطرف إلى مستويات الوقاية وحماية الأطفال من هذه الإعاقة وذلك على النحو التالى:

١ - الدور الوقائى:

تعتمد برامج الوقاية فى مجال الإعاقة على مدى إدراكنا وتفهمنا للعوامل المسببة وكيفية حدوثها وآثارها الجسمية والنفسية والعقلية وعلى تفاعل كل منها مع غيره من العوامل ويمكن تصور هذا الدور على عدة مستويات.

أ- المستوى الأول: «منع حدوث الإعاقة السمعية»:

ويتم عن طريق دعم برامج رعاية الأمومة والطفولة والوقائية من الحوادث بأنواعها وتحسين الأوضاع الغذائية ودعم البرامج الصحية، وإصدار التشريعات التى تكفل إيقاف ممارسة بعض العاذات التى تسبب الإعاقة وكذلك خطر تداول المستحضرات والعقاقير التى يؤدى إستخدامها إلى حدوث الإعاقة السمعية. ويتمثل الدور الرئيسى للأخصائى الإجتماعية على هذا المستوى فى التوعية بالعوامل المسببة للإعاقة السمعية وأساليب الوقاية منها.[٢٩]

ويمكن النظر إلى هذا الدور من خلال توعية المقبلين على الزواج ولديهم فرد معوق سمعياً فى الأسرة من ضرورة القيام بإجراء التحاليل اللازمة لمعرفة مدى وجود أصول جينية موروثة لديهم والتى قد تؤدى إلى إعاقة أطفالهم سمعياً، هذا بجانب توعية الأمهات الحوامل بالأخطار الناتجة عن تسمم الحمل وتناول بعض العقاقير الطبية أثناء فترة الحمل وضرورة تحصينهم ضد الفيروسات والأمراض المسببة للإعاقة السمعية مثل الحصبة الألمانية والإلتهاب السحائى والغدد النكفية... الخ. هذا مع ضرورة متابعة الأطفال بالمدارس وأماكن تجمعاتهم لتوعيتهم بعدم التعرض للأخطار والحوادث التى تؤدى إلى فقدهم القدرة على السمع[٣٠].

ب- المستوى الثانى: الكشف المبكر لحالات الإعاقة السمعية»:

يقصد بالتشخيص المبكر - الكشف عن حالات إعاقة الطفل قبل أن يصل إلى مرحلة الدراسة الرسمية، لكى يمكن تقديم خدمات مناسبة له ولأسرته ومحاولة الإقلال من الآثار الناتجة من إعاقته. وعلى الرغم من أهمية الكشف المبكر عن حالات الإعاقة السمعية، إلا إنه للآن يعتبر هذا المجال جديداً فى مجال الخدمة الإجتماعية. ويمكن تصور خطوات الكشف المبكر عن حالات الإعاقة السمعية - من وجهة نظر الخدمة الإجتماعية - فى أربع خطوات هى:

١- حضور الطفل:

وهذه تمثل المشكلة الرئيسة للأخصائى الإجتماعى، فيمن سيحضر له الطفل حتى يمكن توقيع الكشف عليه وخاصة أن الإعاقة السمعية غير

ظاهرة، حيث أن الوالدين يترددان فى إحظار الطفل حتى لايعترفان بأن لديهم طفلا شاذاً، كما أن الاخصائيين فى المجال الصحى أو الاجتماعى ليس لديهم التدريب الكافى فى تحديد حالة الطفل. ويمكن التغلب على هذه المشكلات بعدة وسائل بدأ بتبنى حملات إعلامية على نطاق واسع وحتى تحمل.الدولة للإشراف عى البرامج التشخيصية والعلاجية وإجراء مراجعة شاملة لجميع أطفال المجتمع قبل السن المدرسى.

٢- حماية الطفل:

وتشمل هذه الخطوة تقسيم الأطفال إلى فئات، إما كمعوقين فى حالة غير مستعصية (إعاقات بسيطة) أو فى حالة متأخرة (إعاقات شديدة) أو غير معوقين أو متأخرين (عاديين). وفى هذه المرحلة يقسم الأطفال وفقا لحالة الجهاز السمعى لديهم.

٣- تحديد الطفل:

وتتضمن هذه الخطوة فحص التطور الحركى واللغوى والمعرفى والاجتماعى والعاطفى للطفل لتقرير عما إذا كان هناك قصور فى نموه وتحديد مواطن القوة والضعف فى الأسرة وصياغة خطة العلاج. وقد تتضمن هذه الخطوة إجراء إختبارات جسمية وعصبية، ودراسات لبيئة الأسرة وذلك لتحديد برنامج مبكر للعلاج. وتعد هذه الخطوة هامة من حيث أنها ستوفر قدراً كبيراً من البيانات اللازمة لتقليل الوقت المطلوب لبداية العالج.

وفى هذه الخطوة يتم تحديد درجة إعاقته السمعية والتعرف على إمكانياته وقدراته وكذلك معرفة مدى وجود حالات مماثلة بالعائلة من عدمه ومدى إمكانيات الأسرة للمساهمة فى علاجه.

٤- ربط الطفل والأسرة بالعلاج:

يتطلب هذا الربط إستخدام البيانات التى تم تحديدها فى المرحلة السابقة لتحديد الخدمات المطلوبة. وتتضمن هذه المرحلة برامج خاصة للإعاقة السمعية بجانب برامج مشتركة تقدم لأسر الأطفال المعوقين سمعياً لتعليمهم فنون معاملة الطفل المعوق سمعياً وخاصة فيما يتعلق بأنماطه السلوكية والأزمات التى من الممكن أن تعترضه والتعامل مع مشكلاته السيكولوجية



والاجتماعية بجانب ضرورة إلمامهم بالطرق العملية فى التواصل مع الطفل المعوق سمعياً.

٢- الدور الإنمائي:

يقصد بها البرامج التى تهدف إلى تنمية شخصية الطفل المعوق سمعياً وزيادة أدائه الاجتماعي ودعم السلوك الإجتماعي لديه. ويمكن لبرامج الخدمة الإجتماعيه أن تزيد من الأداء الإجتماعي للمعوق عن طريق:

- إستعادة المعوق لقدرته على الأداء الإجتماعي المطلوب.
- وقايته من معوقات الأداء الإجتماعي.
- مساعدته على تنميه قدراته ليعمل على رفع مستوى أدائه الإجتماعي.

دور خدمة الفرد مع المعوقين سمعياً:

ويقوم الأخصائي فى إطار ذلك بمساعدة المعوقين لكى يستثمروا ما تبقى لديهم من قدرات فى زيادة أدائهم الإجتماعي من خلال الخبرات الجماعية التى تدور حول الإهتمامات المشتركة لهم. وكذلك يمكن مساعدتهم على تحليل أدوارهم عن طريق التغيرات التى تحدث فى سلوكهم كإستجابه لما يتوقعه أفراد المجتمع المحيط منهم. ويساعد الأخصائي الإجتماعي للطفل المعوق على أن يغير من سلوكه غير المقبول إجتماعياً وتنمية السلوك الإيجابي.

ويتضمن الدور الإنمائي للأخصائي الإجتماعي مع المعوقين سمعياً توجيههم وتأهيلهم مهنياً ويتم ذلك من خلال ثلاث خطوات هي:

أ- التخطيط للحالة وتقرير الخدمة:

وهى تعد الخطوة الأولى قبل التدخل المباشر لتقديم الخدمة. وفى هذه المرحلة يجب على الأخصائي الإجتماعي أن يفهم ويقيم الشخص والموقف من ناحية العوامل البيولوجية والثقافية والإجتماعية التى قد تؤثر فى الطفل وتوقعاته نحو المهنة التى سيتم تأهيله فيها. ويشمل هذا التقرير توضيح لدرجة إعاقته ومهارات التفاعل الإجتماعي والمهارات الاكاديمية والقدرات الواجبة لمهنة معينة. ويمكن للأخصائي أن يقوم بالمواءمة بين أهداف وقدرات الطفل

المعوق سمعياً وبين أنواع الخدمات المقدمة، ثم يضع خطة أوليه مفصلة بالإتفاق مع الجهة التى سيتم فيها عمليات أو التأهيل يوضح فيها إحتياجات الطفل والمشاكل الواجب التعامل معها.

ويراعى فى تحديد المهنة التى سيؤهل فيها المعوق سمعياً أن تتوافق مع إمكانيات وقدرات إعاقته السمعيه وألا تعتمد على الحس السمعى.

ب- التدخل المباشر:

بعد وضع الخطة المناسبة بعد الدور للأخصائى الإجتماعى فى هذه المرحلة هو إعداد الطفل للعمل، فهو يساعده فى التعرف على المهنة التى سيتم تأهيله فيها، ويجب عليه فى هذه الحالة أن يقوم بتشجيعه ودفعه نحو تحقيق أهداف عملية التأهيل. ويظل الأخصائى الإجتماعى فى تقديم إستشاراته من خلال الزيارات المنزلية للطفل وأسرته وكذلك زيارة موقع العمل لملاحظة أداءه فى العمل والإتصال بالقائمين بعملية التأهيل، حتى يمكن تقييم المهن فى ضوء قدرات الطفل. وقد يقوم الأخصائى الإجتماعى بإجراء جهود مكثفة مع أصحاب الأعمال للعمل على مساعدة الطفل فى الاستمرار بالعمل بعد عملية التأهيل.

جـ- التحول والإنهاء:

فى هذه المرحلة يجب على الأخصائى الإجتماعى أن ينسب تدريجياً من موقع العمل. وقد تحتاج هذه المرحلة لوقت طويل يصل أحياناً إلى أسابيع أو عدة شهور، خاصة مع الأطفال الذين لديهم إعاقة سميعة شديدة. وقد تكون هذه المرحلة مستحيلة لبعض الحالات، إلا أنه يجب على الأخصائى الإجتماعى آن يطور مجهوده ليقلل من نشاط الخدمة الإجتماعية فى موقع العمل. وقد يتطلب ذلك متابعه الأخصائى الإجتماعى للطفل عن طريق الزيارات المتباعدة لضمان تقدمه.

وقد يحتاج البعض لتقديم الدعم للتدخل المباشر مرة أخرى، وفى حالات أخرى قد يضطر الأخصائى الإجتماعى إلى توجيه الطفل إلى التدريب على عمل آخر. وعموماً، يجب أن تشتمل خطة عمل الأخصائى الإجتماعى على تقييم الطفل خلال مراحل تقدمه فى العمل.

٣- الدور العلاجي.

يقصد به البرامج التى تساعد الطفل المعوق على مواجهة مشكلته وعلاجها، ويمثل توجيه الطفل المعوق نحو الأجهزة التعويضية المناسبة له ركناً هاماً فى مساعدته على التكيف. ويتجه العلاج على المستوى الفردى إلى تحديد الواجبات الأساسية للطفل المعوق، وكذا تحديد التوقعات الناتجة عن تلك الواجبات وملائمتها لإمكانياته وقدراته، ثم خلق أدوار جديدة أو تعديل واجبات أدواره. وتتمثل هذه الخطوة فى مساعدته على إستخدام المعينات السمعية المناسبة لحالته. وتمثل الحياة الجماعية أداة تشخيصية وعلاجية هامة وخاصة مع الأطفال، حيث أن أفضل أسلوب للتعرف على الطفل وتعديل إتجاهاته يكون من خلال الجلسة الجماعية، وما يمكن أن نطلق عليه أسلوب العمل والحركة.

ويمكن إستغلال الجماعة فى علاج الكثير من المشكلات التى يعانيها الطفل المعوق سمعياً، حيث أن تعرضه لمشكلات التكيف، يزيد بكثير عن تعرض الطفل العادى لتلك المشكلات، ولذلك فللجماعة أثر فعال فى علاج موقفه.

ويمكن للأخصائى الإجتماعى أن يقوم بتكوين جماعات للمساعدة الذاتية، حيث أنه هذه الجماعات تتكون من أشخاص لديهم إهتمامات مشتركة ويأتون معاً فى فترة زمنية معينة ويقوم كل منهم بمساعدة الآخر والعمل على حل مشاكله.

وفى هذه الحالة ينحصر دور الأخصائى الإجتماعى فى العمل مع هذه الجماعات من خلال:

- توفير الإمكانيات اللازمة لعقد مثل هذه الإجتماعات.
- التحدث مع الأعضاء فى الموضوعات العامة والتى تدور حول إهتماماتهم وتوجيههم للخدمات.
- توجيه الإجتماعات الخاصة بالجماعة.
- العمل على إبراز دور كل عضو فى مناقشات الجماعة.

وتعتبر الخبرة الجماعيه جزء مهم فى حياة الفرد بدءاً بالخبرة المبكرة فى

جماعة الأسرة ومروراً بخبرات الجماعات المختلفة: مثل جماعات اللعب، المدرسة، الأصدقاء. فمن خلال هذه الخبرات يجد الأفراد القبول أو الرفض وكذلك الإسهام فى تنمية فكرتهم عن ذواتهم. كما تسهم تلك الخبرات فى مساعدة الأفراد على كيفية التعامل مع الآخرين. فإشتراك الأعضاء الذين يعانون من مشكلات نوعية فى جماعة واحدة يعطى إحساساً بالأمن، حيث يشعر كل عضو بأنه ليس وحده الذى يعانى من المشكلة وإنما يشاركه آخرون مثله، وذلك يعزز إستعداد كل منهم لمواجهة تلك المشكلة(٣١).

دور خدمة الجماعة:

وتعمل خدمة الجماعة لخدمة الأصم فى ثلاثة مجالات واضحة حيوية، وهى:

١- **المجال التربوى**: يمارس أعضاء الجماعات من الصم النشاط الإجتماعى الحر، كوسيلة ترفيهية فى قالب تربوى، يعمل على ترابطهم الإجتماعى، وإدماجهم فى المجتمع. وبذلك يتحقق عامل التكيف مع النفس والغير. وعن طريق النشاط الجماعى يمكن تكوين علاقات طيبة مع الآخرين. هذه العلاقات تكون جزءاً هاماً فى حياة الأصم، حيث أنه أحوج الناس إليها. فهى تمده بالثقة بالنفس والغير، وتشعره بالتقدير والإحساس بأنه موضع اهتمام الآخرين. كل هذا يعاونه على الاستمرار في المحاولات التى من شأنها الرقى بنفسه. وإمكانياته دون بأس، وتعاونه على أن يصبح عضواً نافعاً منتجاً.

وعن طريق عمليات خدمة لجماعة، يتعرف الأصم على كيفية التعامل مع الغير، والطريقة السليمة لذلك. وبذلك يخرج من عزلته ويتقبل عاهته، وبالتالى تزيد خبراته ومداركه وثقافته اللغوية والاجتماعية. كل هذا عن طريق النشاط الجمعي.

٢- **المجال العلاجى**: يمكن استغلال الجماعة، فى علاج الكثير من المشكلات التى يعانيها الأصم، مثله فى ذلك مثل العاديين. ويلاحظ أن تعرض الأصم لمشكلات التكيف، يزيد بكثير عن الشخص العادى. ولذلك فللجماعة أثر فعال فى علاج موقفه. فمثلاً الإنطواء والخوف من الإندماج

مع الآخرين وكذلك الميول العدوانية، كل هذه المواقف تعالج فى الجماعة، فتصبح وسيلة فعالة لتخفيف الضغوط الداخلية، والتخلص من المشاعر السلبية وغرس القيم والاتجاهات البناءة والشعور بالرضا والسعادة. كما أن تحمل الأصم المسئولية داخل الجماعة، يعالج الكثير من مشاكل عدم الثقة بالنفس والإتكالية، والكشف عن المواهب والقدرات الخاصة، والعمل على تنميتها وإستغلالها.

٣- المجال الترويحى: للترويج أهمية فى إكساب الفرد السعادة. وطائفة الصم فى حاجة لهذا الجانب، حيث أنه ليس من السهل عليهم الاستمتاع بوسائل الترفيه العادية. ولذلك تعمل خدمة الجماعة على تهيئة المجالات الترفيهية والترويحية داخل الأندية الخاصة والمختلطة وذلك بقصد تحسين العلاقات الإنسانية، ومقابلة الاحتياجات النفسية والاجتماعية، وزيادة المهارة والخبرة[٣٢].

دور طريقة تنظيم المجتمع مع المعوقين سمعياً:

فضلاً عن دور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين سمعياً باستخدام طريقة خدمة الفرد والجماعة فإن لها دور وقائى ودور مع المجتمع يمكن إيجازه فيما يلى:

١- إثارة اهتمام الرأى العام بفئة المعوقين سمعياً وتعريفه بأهمية رعاية تلك الفئة والتعرف على مشكلاتهم مع توجيهه بكيفية التعامل مع تلك الفئة.

٢- الدعوة إلى الاهتمام بالطفل المعوق سمعياً منذ الصغر (خاصة الأصم) وذلك بإنشاء مراكز للتدريب على الكلام والسمع تشخص فيها حالات الإعاقة كما تحدد درجة الإعاقة مع العمل على علاج تلك الحالات طبياً وجراحياً، وتوجيه الآباء والأمهات على كيفية تمرين سمع الطفل فى المنزل وكيفية رعايته.

٣- الدعوة إلى إنشاء دور حضانة للصم وضعاف السمع حتى يمكن تنمية بقايا السمع والكلام مما يساعد فى تنمية الطفل ذهنياً وادراكياً ويؤثر فى تحسين تحصيله فى مراحل التعليم الأخرى.

٤- المناداة بالاهتمام بمدارس ومعاهد الأمل الخاصة بالمعوقين سمعياً إذ أنها تحتاج إلى امكانيات مناسبة من حيث الوسائل التعليمية والمدرسين المتخصصين فى مجال الاعاقة مع أهمية تحفيز المدرسين على العمل والابتكار فى أسلوب التعليم مع الدعوة إلى زيادة هذه المدارس بما يتناسب مع إعداد المعوقين سمعياً.

٥- يجب توعية المجتمع بهذه الفئة وبقدرتهم على العمل واكتساب الخبرة بالتعليم والتدريب حتى يتقبلهم المجتمع وتتاح لهم فرص العمل والحياة الكريمة.

٦- إجراء البحوث النظرية والميدانية للتعرف على برامج الرعاية المقدمة لتلك الفئة وتقييم الخدمات القائمة[٣٣].

مراجع الفصل الخامس

١- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٧٧، ص ٩١.

٢- مصطفى محمد الحسينى، العلاقة بين ممارسة سيكلوجية الذات والتوافق النفسى الاجتماعى للأطفال الصم وضعاف السمع، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعى بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٨٩، ص ٢٤.

٣- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٦٧.

٤- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ٤٤٣.

٥- مصطفى فهمى، أمراض الكلام، مكتبة مصر، القاهرة، ١٩٧٥، ص ١٠٩.

٦- وحول محددات الإعاقة السمعية يمكن الرجوع إلى كل من:

- بدر الدين كمال عبده، محمد حلاوه، الإعاقة السمعية والحركية، المرجع السابق، ص ص ٩٦ - ١٠١.

- مصطفى فهمى، علم النفس، أمراض الكلام، مكتبة مصر، القاهرة، ١٩٧١، ص ٥٢.

- أحمد السعيد يونس، مصرى حنوره، الطفل المعوق ورعايته طبياً ونفسياً واجتماعياً، دار الفكر العربى، القاهرة، ١٩٨٢، ١٩٨٢، ص ٨٤.

٦- منظمة الأمم المتحدة، المكتب الاحصائى ومركز التنمية والشئون الإنسانية، دراسات غير منشورة، ١٩٨٧.

٧- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء، تعداد السكان والاسكان، ١٩٧٦، المجلد الأول، ١٩٨٠، ص ٥٢.

٨- صلاح سليمان، دور علاج ضعف السمع فى إدماج المعوقين فى الحياة العامة، مجلة إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة ج. م. ع، العدد ١١، ١٩٨٧، ص ٦.

٩- وحول الأسباب والعوامل المسببة للإعاقة السمعية انظر كل من:
- بدر الدين كمال عبده، محمد حلاوه، الاعاقة السمعية والحركية، المرجع السابق، ص ص ١٠٨ - ١١١.
- فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، سيكلوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ١٩٨٠، ص ٥٢٣ - ٥٢٨.
- مريم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ٤٤٥.
- سعدية محمد بهادر، علم نفس النمو، دار البحوث العلمية، الكويت، ١٩٨٦، ص ٢٠٩.
١٠- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، ص ٢٢٣.
١١- بدرية كمال أحمد، ظاهرة اللجلجة فى ضوء العوامل النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٨٥، ص ٩.
١٢- حول العلاقة بين الصم والكلام انظر كل من:
- مريم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ص ٤٤٧ - ٤٥٠.
- بدرية كمال أحمد، المرجع السابق، ص ٣٥.
- مصطفى فهمى، أمراض الكلام، المرجع السابق، ص ٢٨ - ٣٢.
- مصطفى محمد الحسينى، العلاقة بين ممارسة سيكلوجية الذات والتوافق النفسى الاجتماعى للأطفال الصم وصفات السمع، المرجع السابق، ص ٤٨.
١٣- فاخر عاقل، معجم علم النفس، دار العلم للملايين، بيروت، ١٩٧٩، ص ٧٤.
١٤- وحول الحاجات الإنسانية انظر كل من:
- أنور محمد الشرقاوى، التعلم، نظريات وتطبيقات، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص ص ١٧٠
- إبراهيم الغمرى، السلوك الإنسانى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص ١٨٣.

١٥- مختاز حمزة، سيكلوجية المرض وذوى العاهات، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦. ص ٧٩.

١٦- عبد السلام عبد الغفار، يوسف محمود الشيخ، سيكلوجية الطفل غير العادى، والتربية الخاصة، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٦٦، ص ١٦٩.

١٧- حسين حمدى الطوبجى، وسائل الاتصال والتكنولوجيا فى التعليم، دار القلم، الكويت، ط (٢)، ١٩٨٠، ص ٤٥.

١٨- لطفى أحمد بركات، الفكر التربية فى رعاية الطفل الأصم، مكتبة الخانجى، ص ٨٧.

١٩- حسين حمد الطوبجى، مرجع سابق، ص ٤١

٢٠- فتح الباب عبد الحليم سيد، إبراهيم ميخائيل حفظ الله، وسائل التعليم والإعلام، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٨٥، ص ٨.

٢١- وزارة الشئون الاجتماعية، الإدارة العامة نتأهيل الاجتماعى للمعوقين، التأهيل الاجتماعى رسالة تنمية المعوقين، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، ١٩٨٢، ص ١١.

٢٢- صلاح الدين الحمصانى، تأهيل ورعاية المعوقين فى ج. م. ع، مجلة كلية التربية، العدد ٣، جامعة عين شمس، ١٩٨٠، ص ٣٨٢.

٢٣- هدى محمد قناوى، الكتابة للطفل الأصم، ندوة الطفل المعوق، الحلقة الدراسية الأقليمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٢، ص ١١٦.

٢٤- فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، سيكلوجية الأطفال غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الثانى، دار القلم، الكويت، ط (١)، ص ٥٤١.

٢٥- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، الاعاقة السمعية والحركية، قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، الجزء الأول، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ١٤٢

٢٦- فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، الجزء الثانى، مرجع سابق، ص ص ٥٤٩، ٥٥١.

٢٧- وحول الخدمات الموجه للمعوقين سمعياً انظر كل من:

- أحمد محمد السنهورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادى، جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ص ٢٩١ - ٢٩٤.

- رضا عبد القادر عبد الفتاح، تطوير مناهج العلوم والطلاب المعاقين سمعياً، مرحلة التعليم الأساسى، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، ١٩٩٢، ص ص ٩٢، ٩٣.

- شاكر عبد العظيم، لغة الطفل، وحدة ثقافة الطفل، ١٩٩٢، ص ص ٨٠ - ٨٥.

- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مرجع سابق، ص ص ٩٤ - ٩٦.

٢٨- رمضان محمد القذافى، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ١٩٩٣، ص ص ١٤٤ - ١٥٧.

٢٩- عطيات عبد الحميد ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٩، ص ١٢٢.

٣٠- عثمان لبيب فراج، مستويات وبرامج الوقاية من العجز والحد من الإعاقة، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد التاسع، مارس ١٩٨٧، ص ص ٢، ٤.

٣١- محمد السيد حلاوه، الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم فى محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص ١٤٠ - ١٤٧.

٣٢- عطيات عبد الحميد ناشد، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٣٨.

- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٤٦٩ - ٤٧٠.

وحول الاعاقة السمعية وأحتياجات المعوقين يمكن الرجوع إلى:

- Hardy M. L. Speech Reading: In Heaing and Deafiness (Davis H., Silverman, R.) New York, Holt, Rinehant and Winston, Inc., 1970.

- Wellman C., Welfare Rights, New Jersey, Rowan and Litte Field, 1982.

- Corsini, R., J., and Editor, Concise Encyclopedia of psychology, Canada, John Wiley an Sons, Inc., 1987.

الفصل السادس

الإعاقة العقلية

* تقديم.
* مفهوم الضعف العقلى.
* تصنيف الضعف العقلى.
* العوامل المسببة للضعف العقلى
* السمات المصاحبة للضعف العقلى.
* مشكلات الضعف العقلى.
* الرعاية الإجتماعية لضعاف العقول.

- المراجع.

الفصل السادس

الضعف العقلى

تقديم:

يواجه مفهوم الضعف العقلى صعوبة بالغة فى التحديد الدقيق له فهناك من يربط بين مفهوم الضعف العقلى والتخلف العقلى. والنقص العقلى، والتأخر العقلى، والإعاقة العقلية، ويرجع هذا الإختلاف وفقاً للميادين المتصلة بالمشكلة،

فالتعريفات الطبية والعضوية تعتمد على وصف سلوك الضعف العقلى فى علاقته بإصابة عضوية أو عيب فى وظائف الجهاز العصبى المركزى والمتصل بأى داء عقلى بطريقة أو بأخرى، أما التعريفات الإجتماعية فهى تتجه إلى إعتبار أن الصلاحية الإجتماعية هى المحل الأول للتعرف على المتخلفين عقلياً.

ويعد تعريف هيبر Heber ١٩٥٩ من أفضل التعريفات التى ظهرت حتى الآن والذى تبنته الجمعية الأمريكية للضعف العقلى وهو حالة تتميز بمستوى عقلى وظيفى دون المتوسط أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور فى السلوك التكيفى للفرد [١].

هذا ونود الإشارة إلى أن ظاهرة التخلف أو الضعف العقلى قد نالت إهتماماً كبيراً من مجتمعنا فى الفترة الأخيرة، وذلك لمبررات إجتماعية وإنسانية، كذلك لأن نتائج الكثير من البحوث أثبتت أن نسبة كبيرة من أفراد هذه الفئة قابلين للتعلم والتكيف النفسى والإجتماعى والمهنى وذلك إذا توافرت لهم أحدث وأفضل أساليب التوجيه والتعليم المناسبة لحالاته... أما إذا أهمل المجتمع رعاية هذه الفئة ولم يهتم بأفرادها فإن المجتمع حينئذ سيخسر مرتين الأولى عندما يخسر هؤلاء كأفراد غير متوافقين يعيشون عالة على المجتمع... والثانية عندما يدفع المجتمع ثمن إعالته لهذه الفئة حيث تنعكس

على أسرهم متمثلة فى حالات بؤس وشقاء فى حياة أسرهم بما يؤثر على إنتاجهم وأيضاً بدفع المجتمع مساعدات دائمة لهم ولأسرهم... أو عندما يتحمل المجتمع نتائج إنحراف فئة منهم نتيجة سهولة إنقيادهم وسوء استغلالاهم من قبل المحيطين بهم.

وبالرغم من الإتفاق على أهمية رعاية فئات الضعف العقلى إلا أن الآراء تباينت فى أساليب هذه الرعاية ومن هنا كان الواجب بذل الجهود العلمية بهدف معرفة أفضل الأساليب الممكنة لرعايتهم وتنمية مهاراتهم بما يحقق لهم أكبر قدر من التوافق الإجتماعى فى المجتمع خاصة وأن ميدان المتخلفين عقلياً أو الضعاف عقلياً يعتبر من الميادين المرتبطة بمهنة الخدمة الإجتماعية التى تقوم على أسس إنسانية تبرز قيمة الفرد وترفض أن يكون العجز والتخلف والضعف مبرراً لأن يخضع الفرد لظروفه... وتؤمن بأن له نواحى قوة يمكن العمل على تنميتها... خاصة أنه قد وجد أن مشكلة الضعف العقلى تعتبر مشكلة إجتماعية قبل أن تكون مشكلة تعليمية.... هذا وتعتبر الأسرة والمدرسة والبيئة والجيران من العوامل المسئولة عن التوافق الشخصى والإجتماعى لهذه الفئة خاصة أفراد ذو التخلف العقلى البسيط «المورون» الذين تتوافر لديهم إمكانية معقولة نسبأ حيث يمكن الإستفادة منها إجتماعياً مع التدريب المناسب [٢]، وسنتناول فى هذا الفصل موضوع الإعاقة العقلية (الضعف العقلى).

مفهوم الضعف العقلى:

هو حالة نقص أو تأخر أو توقف أو عدم إكتمال النمو العقلى المعرفى، يولد بها الفرد أو تحدث فى سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبى للفرد، مما يؤدى إلى نقص الذكاء، وتتضح آثارها فى ضعف مستوى أداء الفرد فى المجالات التى ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسى فى حدود إنحرافية من معيارين سالبين.

والضعف العقلى مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية وإجتماعية، إذ أنه يصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر آثاره فى المجال التحصيلى والمجال الإجتماعى والمجال المهنى وغير ذلك من

مجالات الحياة [٣].

ونستخلص من هذا التعريف، أهم خصائص الضعف العقلى فيما يلى:

١ – حالة من التوقف الذهني أو عدم إكتمال النمو العقلى يولد بها الفرد أو تحدث له فى سن مبكرة.

٢ – ترجع هذه الحالة إلى عوامل وراثية وبيئية أو تكوينية.

٣ – تظهر آثار تلك العوامل فى الناحية الذهنية والنمو العقلى للفرد بالإضافة إلى عدم الكفاءة الإجتماعية له.

٤ – تتراوح النسبة المحددة لهذا القصور على النمو العقلى من صفر – ٧٠.

٥ – هذه الحالة تجعل الفرد غير قادر على: مساعدة نفسه، التكيف إجتماعياً أو مهنياً وعدم الإعتماد على نفسه إقتصادياً.

٦ – تحتاج هذه الفئة إلى رعاية وإشراف متكامل من الآخرين.

٧ – الرعاية المطلوبة لهم يجب أن تتضمن برامج تربوية وإجتماعة ومهنية ونفسية وطبية هادفة ومناسبة للسمات العقلية المحددة [٤].

تصنيف الضعف العقلى

يمكن تصنيف ضعاف العقول أو المتخلفين عقلياً عدة تصنيفات بحسب الأساس الذى يتخذ بداية للتصنيف، أما من حيث الأهداف التى تسعى إليها التربية الخاصة للمعوقين عقلياً والتى تهم القائمين على وضع الخطط التعليمية فإنه يقسمون المتخلفين عقلياً إلى الأقسام التالية:

أ – **حالات العزل**: وتشمل من تقل نسبة ذكاءهم عن ٢٥ وهؤلاء هم المعتوهون.

ب – **القابلون للتدريب**: وينحصر ذكاءهم بين ٥٠ – ٢٥ ويسمون بالبلهاء.

جـ – **القابلون للتعلم**: وهؤلاء يمثلون أعلى مستوى للذكاء بين ضعاف العقول وتنحصر نسبة ذكاءهم بين ٧٠ – ٥٠ ويطلق عليهم فئة

«المورون» و «المأفون» [٥].

ويمكن توضيح خصائص كل فئة من الفئات السابقة كما يلي:

(١) حالات الضعف العقلي البسيط Mild Mental Subnormality

ويطلق عليهم «المورون» Morns وتشمل حالات الأطفال الذين لا يتجاوزون في تصرفاتهم أو تفكيرهم أو سلوكهم عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلي، من هم في سن تتراوح ما بين سبع أو عشر سنوات من الأطفال العاديين [٦].

وحالات الضعف العقلي من هذا المستوى يمكن تعليمهم Educable[٧] مبادئ القراءة والكتابة والعمليات الحسابية البسيطة، ونادراً ما يستطيعون الإستمرار في الدارسة بعد الصف الرابع أو الخامس الإبتدائي ولكنهم يستفيدون من الآخرين كما يمكن تدريبهم على كثير من الأعمال مثل النجارة البسيطة، السجاد، الخيرزان، التجليد، تربية الدواجن، فلاحة البساتين، النسيج اليدوى... إلخ من الوظائف الأخرى البسيطة[٨] كما يتسم ضعيف العقل من فئة المأفون أو المورون بأنه:

- مستقل عن الآخرين نسبياً.
- بمكنة الإعتماد على نفسه.
- متوسط الطبع [٩].

(٢) حالات التخلف العقلي المتوسط Mental Moderate Subnormality

ويطلق عليهم «الأبله» Jmbecile وهي الحالات التى تتصرف وتسلك عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلى كأطفال عاديين فى سن ثلاث سنوات إلى سبع سنوات وهم عادة غير قادرين على الإفادة من الدراسة الإعتيادية فى المدارس العامة ولكن يمكن تدريبهم Trainable على العناية بإحتياجاتهم الشخصية كما يمكنهم التدرب على الأعمال الرتيبة المتكررة غير المعقدة التى لا تحتاج إلى تفكير عميق ولكن تحت إشراف [١٠]، ويتسم

ضعيف العقل من فئة الأبله بأنه:

- يعتمد على الآخرين نوعاً.

- حاد الطبع قد يبدو مرحاً معظم الوقت وقد يبدو مكتئباً أو متوعك المزاج أو مخرباً عدوانياً.

(٤) حالات التخلف العقلي الشديد: Severe Subnormality

ويطلق عليهم فئة «المعتوه» Idiot وهم الحالات التى تتصرف عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلى كأطفال عاديين فى سن لا تتجاوز الثالثة من العمر، ومن خصائصهم العقلية أنهم غير قابلين للتعليم أو التدريب للقيام بأى عمل، ولكن قد يمكن تدريبهم للتعبير عن إحتياجاتهم ووقاية أنفسهم من الإصابة الجسمية يكونون عرضة للإصابة بالأمراض أكثر ممن هم فى سنهم ولذلك فهم لا يعمرون طويلاً، أغلبهم يحتاج إلى رعاية فى مؤسسات خاصة إذا تعذرت رعاية الأسرة له ولهم سمات معينة مثل:

- أنهم يعتمدون على الآخرين تماماً.

- لا بد من ملاحظاتهم بطريقة مباشرة على الدوام.

- أنهم حادين الطبع جداً [١١].

ثالثاً: العوامل المؤدية للإصابة بالضعف العقلى:

هناك الكثير من التصنيفات التى حددت العوامل المسببة للتخلف العقلى وتباينت من حيث الشكل دون المضمون وتقسيماتها من حيث نوعية العوامل وليس طبيعتها... فهناك إتجاه يهتم بتحديد طبيعة تأثيرها وراثية - مكتسبة - وراثية ومكتسبة... «بينما يوجد إتجاه آخر يحدد تلك العوامل من حيث المراحل التى يمر بها الطفل ويطلق عليها عوامل مرحلية «أثناء الحمل - أثناء الولادة - بعد الولادة - تتابعية...».

وفيما يلى نستعرض العوامل الرئيسية للضعف العقلى حيث يقسمه العلماء إلى طائفتين:

١ - ضعف عقلى أولى أو وراثى.

٢ - ضعف عقلى ثانوى أو مكتسب.

(١) العوامل الوراثية المؤدية للإصابة بالضعف العقلى نوجزها فيما يلى.

(أ) إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أكسيد الكربون.

(ب) تكوين الخلايا وتحدث نتيجة التغيرات التلقائية التى تطرأ على الجينات التى تحمل الصفات وتعرف هذه التغيرات بالطفرة العاملية حيث ينشأ عنها وجود صفات جديدة بالنوع تنتقل من جيل لآخر.

(جـ) إختلاف دم الأم عن دم الطفل R. H. ولقد ثبت أن فى حالة أم سالبة وأب موجب قد يؤدى إلى وفاة الجنين فى رحم الأم أو تصاب خلايا المخ مما يترتب عليه حالة التخلف العقلى.

(د) تجمع عنصر النحاس بكميات غير طبيعية فى المخ ويكون ذلك نتيجة اخلال الانزيمات التى تؤثر فى الجهاز العصبى وخاصة من حيث التفاعل الكيماوى والعمليات الكهربائية فى المخ.

(هـ) خلل فى قدرة الجسم على التمثيل الغذائى للبروتين ينتقل عن طريق الوراثة من الآباء للأبناء وهذا يؤدى إلى تخلف عقلى إذا لم يكتشف ويعالج فى الأسابيع الأولى من ميلاد الطفل.

العوامل المكتسبة المؤدية للإصابة بالضعف العقلى:

وهى تلك العوامل التى تتصل ببعض الأمراض التى تصيب الأم أثناء فترة الحمل والتى تؤلى بدورها إلى بعض الآضطرابات فى تركيب الخلايا إلى تسبب التخلف العقلى أو تصيب الطفل أثناء عملية الولادة وأيضاً العوامل التى يتعرض لها الطفل بعد الولادة... وفيما يلى نستعرضها باختصار:

(أ) عوامل تتعرض لها الأم الحامل وتؤثر على الجنين:

* إصابة الأم بالحصبة الألمانى خلال الأشهر الأولى من الحمل.

* تسمم البلازما
* إصابة الأم بمرض الزهرى خلال مراحل نمو الجنين المتأخرة وذلك نتيجة ما يفرزه المرض من ميكروبات.
* نقص الأوكسجين أثناء فترة الحمل يؤدى إلى تلف أغشية المخ.
* تعرض الأم الحامل لبعض الإصابات الداخلية كالسقوط أو وجود الجنين فى موضع غير عادى فى الرحم بالإضافة إلى حدوث رضوض وصدمات بدماغ الجنين بما يؤدى إلى تلف بعض خلايا المخ.
* تعرض الأم الحامل للإشعاعات اكس والاشعاع النووى وغيرها من الاشعاعات... حيث لها تأثير ضار على خلايا المخ (١٢).

(ب) عوامل يتعرض لها الطفل أثناء عملية الولادة:

* الإصابات التى تصيب رأس الجنين وتحدث نتيجة استخدام الأجهزة أو الأدوات الطبية لتسهيل عملية الولادة.
* الولادة المبتسرة حيث يولد الطفل ناقص الوزن والنمو مما يزيد قابلية للإصابات المباشرة بالأمراض.
* زيادة نسبة الصفراء.
* نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة حيث أن النقص إذا إستمر أكثر من ثلاث دقائق يؤدى إلى تلف خلايا المخ.

(جـ) عوامل يتعرض لها الطفل بعد الولادة:

* الإلتهابات المخية الناتجة عن إصابات بكتيرية أو فيروسية أو نقص الفيتامينات بالجسم لمدة طويلة.
* اضطراب الغدد الصماء ونقص افرازتها كاضطراب الغدة الدرقية والغدة النخامية.
* التسمم يحدث نتيجة تناول العقاقير بطريقة خاطئة أو تناول بعض المواد الكيميائية أو التسمم بالرصاص وغيرها من المواد التى لها تأثير ضار على

الجهاز العصبى المركزى.

* اهمال علاج الطفل عند إصابته ببعض الأمراض كالسعال الديكى والحمى القرمزية والحصبة والحمى الشوكية.

* الإصابة بالصرع.

* الحوادث أو الإصابات حيث يسقط الطفل على رأسه في الشهور الأولى أو ترتطم الرأس بجسم صلب بما قد يؤدى إلى إيذاء خلايا الجهاز العصبى (١٣).

سمات الضعف العقلى:

النمو العقلى كما هو معروف - مفهوم فرضى لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة، إنما نستدل عليه من سلوك الفرد فى المواقف المختلفة. وفى حالة التخلف العقلى نستدل على البطء فى النمو العقلى من ثلاث علامات أو ثلاثة أعراض رئيسية هى: إنخفاض القدرة العقلية العامة، والتوافق الإجتماعى السيئ، وظهور هاتين العلامتين فى مرحلة الطفولة. (Tayler & Stermberg, 1989). وسوف نتناول هذه العلامات الثلاث بشئ من التفصيل.

١ - **إنخفاض مستوى القدرة العقلية العامة**: الذى ينتج عن توقف النمو العقلى وليس عن التدهور العقلى الذى يصاحب الإضطرابات العقلية. وقد حدد علماء القياس النفسى «إنخفاض القدرة العقلية العامة» بنسب الذكاء التى تقل عن المتوسط بأكثر من درجتين معياريتين على مقياس ذكاء فردى. مقنن، ويقابلها نسب الذكاء التى تقل عن ٧٠ على مقاييس متاهات بورتيوس للذكاء، و«ستانفورد - بنية» للذكاء، و «وكسلر - بلفيو» لذكاء الراشدين والمراهقين، ووكسلر لذكاء الأطفال «المعدل.

٢ - **التوافق الإجتماعى السئ فى البيت والمدرسة ومع المجتمع**: الذى يظهر فى إستخدام أساليب توافقية تدل على تأخر النضوج الإجتماعى والنفسى، وعلى ضعف الإستفادة من الخبرات السابقة. ويسمى دول Doll هذه الخاصية «عدم الاستطاعة الإجتماعية» التى تظهر فى عدم

قدرة الشخص على تصريف أموره بنفسه، ويقيسها مقياس فاينلاند للنضوج الإجتماعى.

أما الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى فقد أطلقت على هذا العرض «السلوك التوافقى السيئ» الذى يظهر فى النواحى الآتية:

(أ) تأخر إرتقاء المهارات الحسية والحركية فى الجلوس والمشى والتسنين، والنطق والتحكم فى عمليات الإخراج. ويعتبر التأخر فى هذه المهارات محكاً جيداً للسلوك التوافقى السيئ فى مرحلة ما قبل المدرسة.

(ب) ضعف الإستعداد للتحصيل الدراسى الذى يظهر فى تكرار الرسوب فى المدرسة الإبتدائية. ويعتبر الفشل فى التحصيل الدراسى محكاً جيداً للسلوك التوافقى السيئ فى سنوات الطفولة والمراهقة.

(جـ) التوافق الإجتماعى السيئ الذى يظهر فى عدم قدرة الشخص على تصريف شؤونه بنفسه، وفى عدم قدرته على تحمل مسئولياته الشخصية والإجتماعية، وفى فشله فى الحصول على عمل يعول به نفسه. ويعتبر هذا العرض دليلاً على سوء التوافق فى سنوات الرشد.

٣ – ظهور هاتين العلامتين فى مرحلة الطفولة وبصفة خاصة الطفولة المبكرة أو المتوسطة ويندر تأخر ظهورهما حتى الطفولة المتأخرة. وهذا يعنى أن الشخص الذى لا تظهر عليه علامات التخلف العقلى حتى سن الثانية عشر من عمره لا يحتمل إصابته بالتخلف العقلى فى مراحل حياته التالية:

ولا يتفق المؤلف مع الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً فى جعل فترة النمو التى يظهر فيها التخلف العقلى من الميلاد إلى سن ١٨ (Kirk & Gallagher 1989) لأن من غير المتوقع أن يكون النمو العقلى عند الشخص مناسباً لعمره الزمنى حتى سن ١٢ ثم يصاب بالتخلف العقلى فى سن من ١٣ إلى ١٨ سنة.

ومن وجهة نظره فإن الشخص الذى ينمو عقلياً بشكل طبيعى فى مرحلة الطفولة، لا يحتمل إصابته بالتخلف العقلى فى المراهقة. يؤيده فى

هذا أن أقصى عمر عقلى يحصل عليه المتخلف عقلياً على إختبار ستانفورد - بنية للذكاء حوالى ١١ سنة تقريباً مما يدل على أن النمو العقلى عند المتخلفين عقلياً يكتمل عند مستوى النمو العقلى للأطفال العاديين فى سن الحادية عشرة أو أقل من ذلك. وهذا يعنى أن إحتمال حدوث التخلف العقلى من بداية الحمل وحتى سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة ولا يحتمل حدوثه بعد هذا السن من العمر (١٤).

المشكلات التى تواجه ضعيف العقل:

وهذه يمكن تقسيمها إلى مشاكل ذاتية وأخرى بيئية:

أولاً: المشاكل الذاتية:

(١) صعوبة الفهم والإدراك ونقص جميع العمليات العقلية بما فيها التخيل. والتذكر والتعميم والتركيز والإدراك وضعف التحصيل.

(٢) سيولة الإستهواء وعدم القدرة على تحمل المسئولية والقابلية للتبعية.

(٣) الإضطراب الإنفعالى ونوبات العدوان - أو الإنطواء.

(٤) ضعف الثقة بالنفس.

ثانياً: المشاكل البيئية:

(أ) المشكلات التعليمية:

بطبيعة الحال الطفل المتخلف عقلياً لا تساعده قدرته على التأقلم فى التحصيل مع غيره من الأسوياء، ومن ثم فهو يحتاج إلى نوع من المدارس وأسلوب خاص في التعليم وأدوات ووسائل تعليمية خاصة فإذا كان الطفل السوى يستطيع أن يمارس التعليم خلال السنوات الدراسية المختلفة فإن ضعفيف العقل لا يستطيع أن يواصل هذا إلا حتى السنة الثالثة أو الرابعة الإبتدائية على الأكثر، وعلى هذا فلا يجب أن نركز فقط على الجانب التعليمى بل نضيف إليه التأهيل ولا بد من ربط جوانب التأهيل بإتجاهاته الذاتية أى ميوله للممارسة لون معين من العمل أو الهوايات.

(ب) المشكلات القضائية:

ضعف العقل وإدراكه محدود وليس لديه بعد نظر، هذا بالإضافة إلى سهولة الإنقياد والإستهواء، فالمجرمين يستخدموهم كوسائل لتنفيذ الجرائم مثل سرقة المواشى فى الريف أو حمل حقائب المخدرات أو إستغلال الفتيات فى الدعارة. وهؤلاء من المفروض ألا يعاملوا بنفس المستوى من المسئولية الجنائية مثل غيرهم من الأسوياء وحتى نستطيع التغلب على هذه المشكلات لا بد من إصدار التشريعات التى تحميهم أو تخفف مسئوليتهم الجنائية وحمايتهم من الإستغلال(١٥).

الرعاية الإجتماعية لفئات ضعاف العقول:

قبل أن نستعرض مناطق الرعاية الإجتماعية لفئات ضعاف العقول يجدر بنا أن نصحح كثيراً من المفاهيم الخاطئة التى إرتبطت قديماً بالضعف العقلى، نتيجة للأبحاث المعاصرة وأهمها:

١ - العلاقة بين الضعف العقلى وجنوح الأحداث لم تؤكدها الكثير من الأبحاث المعاصرة التى ظهرت إلا أن هناك فرقاً يذكر بين نسبة الجانحين بين العاديين وبين ضعاف العقول.

٢ - ضعاف العقول - فيما عدا الفئات الدنيا منها - يمكن أن يعيشوا فى بيئتهم الطبيعية دون ما حاجة إلى الإيداع المؤسسى، بل أن المعيشة الطبيعية، إذا ما توفر لها التوجيه والعناية تكون أمثل بيئة لحياة ضعيف العقل.

٣ - ضعاف العقول يمكن لهم أن يكونوا عناصر منتجة فى حدود طاقاتهم وليسوا فئات طابعها العجز والقصور. وهناك نسبة كبيرة من الفئات العليا والوسطى تعيش معيشة إستقلالية فى بيئاتهم الطبيعية.

٤ - تعقيم ضعاف العقل لحل المشكلة إتجاه خاطئ - فأكثر من نصف الحالات أسبابها مكتسبة وليست وراثية.

٥ - لا علاقة أبداً بين الضعف العقلى والمرض العقلى، سواء كانت علاقة سببية أو شرطية أو أى نوع من العلاقات.

مناطق الرعاية الإجتماعية:

أولاً: الكشف المبكر: تتجلى أهمية الكشف المبكر لرعاية فئات ضعاف العقول فى أهمية الإعداد والتدريب ذاته لحياة الإنسان العادى. ومن ثم إعدادهم للتدريب الخاص الذى يناسب قدارتهم. **والكشف المبكر لا يعتمد على الملاحظة العابرة بل فيما يلى بعض العلاقات المساعدة فى الفحص المبكر:**

(١) بالنسبة للأطفال:

١ - تأخر فى التسنين والمشى والكلام.

٢ - عجز فى الإنتباه أو الرغبة فى الاستطلاع مع درجة من التبلد.

٣ - عادات وتصرفات ثابتة فى المراحل السابقة من عمر الطفل ولا تتناسب مع ما وصل إليه الطفل من نمو.

(٢) بالنسبة للأطفال الكبار أو مراحل الطفولة المتأخرة:

١ - تقدم بطئ فى التعليم ليس له ما يسرروه من ظروف أو أسباب تدعو لذلك.

٢ - عدم القدرة على إتباع التوجيهات البسيطة.

٣ - إتجاه شبه دائم لمصاحبة أطفال أصغر سناً.

(٣) بالنسبة للبالغين الكبار: يمكن التعرف عليهم بما يلى:

١ - فشل عن بلوغ المستوى المتوسط للتحصيل العلمى.

٢ - فشل أو صعوبة فى الإحتفاظ بالعمل.

٣ - نزعات طفلية وعدم إحساس بالمسئولية.

٤ - عدم القدرة على التركيز أو تتبع للمناقشة.

٥ - عدم القدرة على التمييز بين المواقف المختلفة الهام منها أو غير الهام.

وفى كل من هذه الأمور يصحب هذا الكشف عادة إحالة الشخص لمختص القياس العقلى والطبى لتحديد مستوى النقص وأسبابه، ومن ثم

رسم خطة للعلاج والتأهيل.

ثانياً: خدمات علاجية وتشمل:

١ - عــلاج طبي: بالجراحة والتغذية والعقاقير، وخاصة أحماض الجلوتاميك، التي تؤدي إلى صحوة الذهن وتوظيف الطاقة العقلية إلى أقصاها - فضلاً عن الوسائل العلاجية الأخرى التي تعالج أعراض الضعف العقلي الأخرى - كالقزامة أو الدماغ المائي أو الأسنان وما أشبه.

٢ - إعداد تعليمي: ويفضل هنا الموسسات الخاصة المعدة لضعاف العقول والتي تقوم برامجها ومقدراتها وأساليبها على أساس قدرة كل طفل وقابليته للتعليم ليس على أساس المنهج المحدد. وكما ذكرنا فإن الفئات العليا فقط من الضعف العقلي يمكنها متابعة التعليم الإبتدائي على الأقل مع بعض التعديلات الهامة التي تحذف كالمجردات والقواعد اللغوية وما أشبه - ذلك ويتطلب الأمر لتعليم هذه الفئة مدرسين مدربين أهلوا خصيصاً للعمل معهم.

٣ - إعداد مهني: تدل الدراسات الحديثة أن ضعاف العقول من الفئتين العليا والوسطى قادرين على التدريب لأنواع من الحرف لا تتطلب مهارة معينة ويمكنهم بعد فترة الإعداد مزاولة هذه الحرف بأنفسهم ومن ثم إعتمادهم كلياً أو جزئياً على إنتاجهم الشخصي. ومن حرفهم الشائعة - صناعة المقشات والفرش والسجاد وأشغال الإبرة والخياطة والتغليف والتلميع وأعمال النظافة وما أشبه ذلك.

٤ - إعداد أخلاقي وإجتماعي: يختلف ضعاف العقول في سمات شخصياتهم العامة تبعاً لظروف نشأتهم والمستوى أو نوع الضعف العقلي ذاته. فالمنغولي مثلاً عاطفي باسم هادئ يتسم بالإجتماعية والتسامح، ومن ثم فمشكلات تكيفه مع البيئة أقل من الفئات الأخرى. ولكن بصفة عامة يمكن القول بأن أثر الضعف العقلي وما يستتبعه من سمات وأعراض أخرى - كنقص الإنتباه أو عدم القدرة على إتباع الأوامر أو عدم العناية بالعادات الصحية وعادات النظافة - كل هذا وغيره يؤدي إلى ضعف تكيفه مع الغير، ومن ثم وقوعه في مشكلات دائمة. وبالقدر الذي يختلف فيه الأطفال عامة

من حيث الهدوء أو التقلب وحدة الإثارة أو الإتزان، الإنطواء والإنبساط. العناد والتسامح، تكون مشكلات ضعيف العقل في بيئته التي يعيش فيها، أو تتجلى خطورة أعراضها أو بساطتها فلا شك أن ضعيف العقل إذا اتسم بحدة الطبع أو السلوك العدواني أو سهولة الإستثارة مثلاً كالطفل العادي - تضخمت بذلك مشكلات تكيفه وأصبح عبئاً إجتماعياً دائماً على بيئته. وتظهر هنا أهمية التوجيه الفردى والجماعى لإكتساب العادات المقبولة. والتدريب على التعاون والسلوك الإجتماعى المقبول.

٥ - **خدمات أسرية**: عادة ما تواجه أسرة ضعيف العقل إحساساً بالذنب والشعور بالنقص مما ينعكس على إتجاهاته نحو الطفل، وهى مهما تنوعت أو تعددت بين العطف واللامبالاة، القسوة أو الزجر، الحب والكراهية، فهى دائماً تحيد عما يجب أن تكون عليه معاملتهم له - وهم هنا فى حاجة إلى مزيد من التوجيه والإرشاد للكيفية الواجب أن يعاملوه بها. حتى يمكن للطفل أن يعيش بينهما. وبإستثناء الفئة الدنيا من الضعف العقلى فأنه من الأفضل دائماً معيشة الطفل ضعيف العقل فى أسرته الطبيعية أثناء وبعد فترة إعداده وتعليمه وتدريبه فى المؤسسات الخاصة. ويستثنى منهم هذه الحالات التى يرتبط الضعف العقلى فيها بإنحرافات وجدانية خاصة كالعدوان أو العناد وما إلى ذلك، أو تكون الأسرة غير صالحة لإقامة الطفل معها.

٦ - **خدمات مجتمعية**: وترتبط بالرعاية الإجتماعية لهذه الفئات أيضاً كتوظيف ضعاف العقول فى المؤسسات والهيئات. وقد تمتد هذه الخدمات نحو تهيئة الرأى العام لتقبلهم كعناصر منتجة في المجتمع أو قد تمتد إلى التشريع باستصدار التشريعات التى تساعد هذه الفئة على المعيشة المستقلة وتوفير الخدمات اللازمة لهم.

ثالثاً: خدمات وقائية:

١ - القيام ببحوث علمية محلية لتحديد أسباب ونطاق المشكلة فى مجتمعنا وأفضل الطرق لمواجهتها.

٢ - العناية الصحية التامة بالحوامل - بالكشف الدائم عليهم صحياً

وإرشادهم لإتباع الوسائل الكفيلة بمنع إصابة الجنين. وذلك وقاية من إصابات المخ المكتسبة.

٣ - العناية الصحية بالأطفال، قبل أو بعد دخولهم المدارس، والكشف المبكر عن الأمراض، التى قد ينتج عنها توقف المخ عن النمو.

٤ - التعقيم أو العزل لتخفيف حدة إنتشار الضعف العقلى الوراثى.

٥ - تنوير الرأى العام بأسباب وطرق علاج الضعف العقلى بكافة وسائل الإعلام وخاصة لأهل الريف الذين ما زالو يرون فى ضعيف العقل ولياً من أولياء الله أو تقياً ورعاً يقبلون يديه تبركاً.

ولا شك أن دور الخدمة الإجتماعية فى جميع هذه المجالات واضح وسواء فى مرحلة كشف الحالات أو فى الخدمات العلاجية أو الوقائية فى جميع الأحوال.

العناية بضعاف العقول فى واقعنا المصرى:

تبذل الجهود فى أغلب وزارات الخدمات المعنية برعاية ضعاف العقول، فتقوم وزارة الصحة مثلاً بجانب كبير من عمليات الوقاية من المشكلة وذلك بالخدمات المباشرة وغير المباشرة التقليدية المعروفة، وينتظر الأخذ ببعض التحصينات الحديثة كوسيلة وقائية. وبالنسبة للعلاج نلاحظ أن الوزارة ترحب بحالات الضعف العقلى فى مراحله الدنيا فى مستشفيات الأمراض العقلية.

وتقوم وزارة الشئون الإجتماعية بإنشاء المؤسسات الخاصة لرعاية ضعاف العقول ممن تحول ظروفهم دون البقاء فى بيئتهم كما تشرف على برامج تأهيلهم المهنى [١٦]

مراجع الفصل السادس

١ - فاروق محمد الصاوى، سيكولوجية التخلف العقلى، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٨٢، ص ٧.

٢ - جابر عبد الحميد جابر، الذكاء ومقياسه، القاهرة، دار النهضة العربية ١٩٨٠ص ٢٤٥.

٣ - محمد نجيب توفيق، الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٨، ص ١٤٠.

٤ - عبد السلام عبد الغفار، وآخرين، سيكولوجية الطفل غير العادى والتوجيه الخاص، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٦، ص ٢٢.

٥ - محمد مصطفى أحمد، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقن، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧، ص ١٩٨.

٦ - ملاك جرجس، مشاكل الصحة النفسية للأطفال «الدار العربية للكتاب، ١٩٨٥، ص ص ٢٣٨ - ٢٣٩.

٧ - حامد الفقى، التأخر الدراسى، «القاهرة»، عالم الكتب، ١٩٧٤، ص ٨٣.

٨ - ملاك جرجس، مرجع سابق، ص ٢٤٠.

٩ - ف.ج. كروكشانك، «تربية الموهوب والمتخلف» ترجمة يوسف ميخائيل أسعد، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧١، ص ص ١٣٧ - ١٣٨.

١٠ - ملاك جرجس، مرجع سابق ص ص ٢٤٠ - ٢٤١.

١١ - ف.ج. كروكشانك، مرجع سابق ص ١٣٨.

١٢ - عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتمعية والنفسية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٩، ص ص ١٢٢ - ١٢٣.

١٣ - مصطفى فهمى، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مجالات علم النفس، المجلد الثانى القاهرة، مكتبة مصر، ص ص ١٤٦ - ١٥٧.

١٤ - رمضان القذافيى، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، ١٩٩٣، ص ص ٢٢ - ٢٣.

١٥ - محمد نجيب توفيق، مرجع سابق ص ص ١٤٥ - ١٤٨.

١٦ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد. الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى ومجال رعاية المعوقين رؤية متطورة للواقع العربى مكتبة عين شمس، القاهرة ١٩٩٧ ص ص ٣٥٩ - ٣٦٥.

وحول مفهومات الإعاقة العقلية وأسبابها أنظر كل من:

- Chinn P. L. Child health Manitance concepts for familly contered care st. lows mosfy, 1978.
- Trad Gold A. F. Saddy K. A. Textbook on Metnoly Defcng, New York, Hought Mifim Co., 1970.
- William H. and Michael : Excephinal children An, Introduction survey of special education, Ohio Abell and Owell Co. 2nd ed., 1984.
- Philip C. Chinn. ED. D. Mental Retardation a life Cycle oppreach saint lawy, 1975.

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية

(فئة مبتوري الأطراف)

* تقديم.
- مفهوم البتر.
- أسباب الإصابة.
- أثر البتر على المعوق.
- إحتياجات المعوق جسمياً.
- الخدمة الإجتماعية ورعاية المعوقين حركياً.
- المراجع.

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية

(فئة مبتورى الأطراف)

تقديم:

تعتبر فئة مبتورى الأطراف أحدى فئات الإعاقات الجسمية الحركية، وهذه الإعاقة تجعل للمعوقين حركياً إحتياجات ذات طابع خاص تتفق فى شكلها العام مع إحتياجات الأفراد العاديين، تختلف فى مضمونها لتضع إحتياجات خاصة بفئة المعوقين حركياً وخاصة مبتورى الأطراف، وحيث أن الإعاقة الحركية تؤثر بشكل واضح على المعوق مما يجعل هناك مشكلات نوعية لهؤلاء الفئة من المعوقين، وكذلك إستجابات وعوامل متباينة للمعوقين أنفسهم وتساعد طرق الخدمة الإجتماعية فى الحد من حدة المشكلات التى يعانى منها المعوقين، وإستثمار أقصى قدر ممكن من طاقاتهم وقدراتهم المتبقية.

والإعاقة الجسمية هى كل ما يتصل بالعجز فى وظيفة أعضاء الجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أو المفاصل أو أعضاء متصلة بعملية الحياة كالقلب أو الرئيتين وما شابه ذلك، والمقصود بالإعاقة الجسمية ليست الحالات العارضة أو الطارئة ولكن الإصابة الجسمية التى لها صفة الدوام وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية فى المجتمع [1]، وسنتناول فى هذا الفصل الإعاقة الجسمية مع التركيز على فئة مبتورى الأطراف.

مفهوم البتر:

البتر حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها إما بالجراحة أو الحوادث أو خلقياً فى حالة التكوين الجبلى الناقص، وهو نوع من أنواع الإعاقة المستحدثة والمرتبطة بالتقدم الحضارى وإستخدام الميكنة

والآلة وما أشبه ذلك، كما أنه مرتبط بحالات الحرب والسلم التى تعيشها المجتمعات فى الوقت الحاضر نظراً لأساليب الدمار الحديثة والتقدم فى طرق العلاج للمصابين [٢].

والشخص المصاب بالبتر هو ذلك الشخص الذى فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أداؤه لأدواره الإجتماعية ومن ثم توافقه الإجتماعى والنفسى فى الأسرة والعمل والمجتمع. مما يتطلب تأهيله مهنياً وإجتماعياً ونفسياً لإستعادة كل أو بعض توافقه فى المجتمع.

وبناء على ما سبق يتضح أن البتر يعتبر أحد الإعاقات الجسمية الحركية التى يترتب عليها عدم وجود العضو نفسه (العضو المبتور) وبالتالى أفقد الإنسان هذه الوظيفة التى وجد من أجلها هذا العضو وأهميتها (فقد أنا دائماً) مما يؤثر على حياته الشخصية والإجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة تتوقف على حالة البتر ونوعه ومداه وإرتباطها بجوانب حياته وبصفة خاصة الإجتماعية والمهنية [٣].

أسباب الإصابة بالبتر:

تتعدد أسباب البتر تختلف من شخص إلى آخر، ولكننا يمكننا أن نوجزها فيما يلى:

أ - الحوادث:

حيث يتعرض بعض الناس لحوادث مختلفة أهمها حوادث المرور وحوادث الحرائق، كذلك الإصابات أثناء العمل والحوادث فى المصانع والإصابات أثناء اللعب، وغيرها من الإصابات التى ينتج عنها بتر عضو أو أكثر من أعضاء الإنسان.

ب - الحروب والكوارث:

نتيجة إنتشار الصراع المسلح وقيام الحروب بين الدول، وإستخدام كافة المعدات والعتاد العسكرى، وما يتعرض له المقاتلين من أخطار نتيجة إستخدام هذه المعدات الحديثة الفتاكة ينتج عنها بتر لأحد أعضاء الجسم أو أكثر من

عضو، كما يحدث البتر نتيجة للكوارث، المفاجئة كالزلازل والبراكين والفيضانات والحرائق التى تتعرض لها كثير من قارات العالم ويكون محصلتها الدمار الفادح فى الأرواح بجانب حالات الإعاقات المختلفة ومن بينها الإعاقات الجسمية بكل أشكالها.

جـ - الأورام والأمراض الخبيثة:

وتنتج عن خلل فى وظيفة العضو بسبب الإصابة التى تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، ويتطلب الأمر التدخل الجراحى بالبتر لعضو أو أكثر للمحافظة على جسد الإنسان والحد من إنتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم.

د - الأمراض المزمنة:

ويعتبر مرض السكر من الأمراض الشائعة فى المجتمعات النامية، وقد ينتج عن إهمال العلاج وعدم التردد على الأطباء إصابة القدمين أو الكفين ببعض الجروح، ونتيجة لإهمال المريض والتأخر فى العلاج يحدث بتر أحد هذه الأطراف حرصاً على عدم إنتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم (٤).

أثر البتر على المعوق الجسمى:

يرتبط بتر الأطراف بمظاهر إشكالية متعددة سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو الإجتماعية للإنسان، مما يتطب العناية به منذ الإصابة وخلال الجراحة وما بعدها ويمكن عرض هذه الآثار فيما يلى:

١ - وقت الإصابة:

تؤدى الإصابة المباغتة لأحد الأطراف إلى ما يسميه الأطباء بأثر الصدمة Shock والتى قد يترتب على نفس هذه الصدمة مضاعفات قد تؤدى إلى الوفاة لأسباب عصبية كهرومغناطيسية، كما أن أى تأخير فى إجراء الجراحة بعد الحادث يشكل تراجعاً فى خطة العلاج وإمتداداً لحالة البتر وأحياناً عدم فاعليته، لإستفحال حجم الإصابة والنزيف وما إلى ذلك.

٢ - عند الجراحة:

تنتاب المصابين قبل الجراحة مخاوف شتى يمكن حصرها فيما يلى:

(أ) **الخوف من البنج**: كشفت بعض الدراسات إلى أن بعض المرضى يخشون من البنج خشيتهم من فقد الوعى المرتبط بحالة الوفاة كما كشفت أخرى عن مخاوف فقدان الوعى ظناً منهم أنهم قد يبيحوا خلال غيبوبتهم بأسرار لا يريدون الكشف عنها، كما تؤثر الخبرات الشخصية السيئة لهم أو لذويهم على مقاومة المصاب للتخدير وأحياناً التأثير فى مدى فاعليته.

(ب) **الخوف من الدم**: وهذه تنتاب البعض الذين خبروا مواقف سابقة عن رؤية سيل الدم ومضاعفاته.

(جـ) **الخوف من الجراحة**: تحاط الجراحة عادة بإجراءات تثير الرهبة فى نفوس البعض وخاصة مع الأنماط شبه العصابية، فمنظر غرفة الجراحة والمشارط ورائحة المعقمات داخل الغرفة ومنظر الأطباء يثير المخاوف الوهمية إلى الحد الذى قد يرفض البعض إجراء الجراحة.

(د) **الخوف من نتائج البتر**: يرتبط بالعضو المطلوب بتره ردود أفعال ترجع إلى علاقة هذا العضو بعمله أو مكانته أو بطموحه وبظروفه الإجتماعية والإقتصادية وسنه وثقافته... إلخ، وعادة ما تظهر هذه المخاوف فى الغرغرينة أو الأورام الخبيثة وما أشبه التى يدرك المصاب فيها تطور حالته ليترك له الخيار فى إجراء الجراحة إنقاذاً لحياته، ولكنها لا تظهر فى حالات الحوادث التى عادة لا يشعر المصاب بما يجرى فى حالات التأثير المباشر للعضو المراد بتره على حياته مثل بتر ساق سائق أو بتر ذراع موسيقى وهكذا.

٣ - بعد الجراحة:

وتبدو مظاهر المشكلات فيما يلى:

(أ) فقد المصاب لعمله أو على الأقل فقده لمكانته السابقة.

(ب) رفض قبول الفرد لذاته الجديدة أو على الأقل مقاومة هذا الواقع الجديد.

(جـ) انتقاص قيمة «الذات» سواء كما يراها الفرد أو كما يرى فيها المحيطين أو كما يتمنى أن يراها.

(د) أثر البتر فى نشاطه السابق الذى إعتاد عليه.

(هـ) أثر البتر على علاقاته بأسرته أو بأصدقائه أو معارفه.

(و) بروز أحاسيس جديدة إستحدثتها العاهة كالشعور بالذنب معتقداً أن ما حدث له جزاء ذنوب إقترفها أو نزعات تدميرية للذات لفقدها قيمتها لينصرف إلى تعاطى المخدرات والخمور هرباً من الواقع وشروعاً شبه شعورى لتدمير الذات، أو حالات تقلب إنفعالى أو سلوك إكتئابى مرتبطان بسلوك المحيطين به.

(ز) عدم توفر المناخ الأسرى والمحيط البيئى الذى يحسن معاملة مبتورى الأطراف ويضمن سلامتهم.

ومن ثم تبرز أهمية الرعاية الإجتماعية فى كل من هذه المراحل فهى خدمات نفسية تقوم على المعونة النفسية والإستبصار والتأكيد والتطمين وتدعيم الثقة بينه وبين الجهاز الطبى والمستشفى قبل الجراحة وخلالها، وهى خدمات إجتماعية وتأهيلية وتعليمية وطبية (علاج طبيعى) بعدها [٥].

إحتياجات المعوقين حركياً:

إذا كانت الحاجات الفسيولوجية ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد ونوعه، فإن الحاجات الإجتماعية والنفسية ضرورية لسعادة الفرد وطمأنينته، فإحباطها يثير فى نفسه القلق ويؤدى إلى كثير من إضطرابات الشخصية ويعرف قاموس علم الإجتماع الحاجة Need أنها حالة من التوتر أو عدم الإشباع يشعربها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجهاً نحو الهدف الذى يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع.

ويمكن تقسيم إحتياجات المعوقين حركياً إلى:

١ - إحتياجات صحية وتوجيهية:

أ - إحتياجات بدنية مثل إستعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهى تشمل كل الخدمات والأنشطة التى تحسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج، وأجهزة تعويضية، تقويم الأعضاء، أى مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على إستعادة وإكتساب استقلاليته البدنية.

ب - إحتياجات ارشادية مثل الإهتمام بالعوامل النفسية ومساعدة على التكيف وتنمية الشخصية [٦].

ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال الإستشارات الشخصية، والعلاج النفسى الإرشادى، والتشجيع، والتدعيم الإجتماعى [٧].

جـ - احتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى سن التعليم مع الإهتمام بتعلم الكبار فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الإحتياجات [٨]. ولخلق وتدعيم القيم العلمية.

د - احتياجات تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعاً للمستوى المهارى.

٢ - إحتياجات إجتماعية وتتمثل فى:

أ - علاقية مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

ب - تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية وإستمارات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية وكلها تدعم القيم الإجتماعية المختلفة.

جـ - ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجاملات المعرفة [٩].

٣ - إحتياجات مهنية:

أ - تهيئة سبل التوجيه المهنى المبكر والإستمرار فيه لحين الإنتهاء من العملية التأهيلية، التى تصون القيم المهنية وتأمن استمراريتها.

ب - تشريعية مثل إصدار تشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التى تناسبهم [١٠].

ونحن نحاول التأكيد من خلال هذا المؤلف على أهمية أن تسير محاولة إشباع تلك الحاجات العامة والخاصة جنباً إلى جنب مع خلق وتدعيم النسق القيمى السليم للمعوق على إعتبار أنه محدد عام من محددات السلوك الإنسانى ويساهم فى تحقيق التوازن النفسى الإجتماعى ويعتبر قوة دافعة للسلوك والعمل.

المشكلات المترتبة على الإعاقة الحركية:

لقد أكدت الدراسات أن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسمية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل أبعد من مجرد الحدود الفيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد. فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية فى ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصد بها «فكرة المعوق»، أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وشكله وهيئته ووظيفته (١١). ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأى إعاقة فى هذه القدرات تهدد الإنسان فى حاضره ومستقبله وتؤدى إلى إضطراب قدراته الإنسانية وتؤدى بالتالى إلى إثارة مخاوفه وقلقه (١٢). وإلى ظهور العديد من المشاكل التى يمكن تصنيفها كما يلى:

١ - المشكلات النفسية:

أ - الشعور الزائد بالنقص، والشعور بالنقص هو إتجاه يحمل صاحبه على الإستجابة بالخوف الشديد والقلق والإكتئاب وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لذاته، خاصة فى المواقف الإجتماعية التى تنطوى على التنافس والنقد، وقد يكون لدى المعوق عقدة النقص وهى الإستعداد اللاشعورى المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل والسلوك الصادر من عقدة النقص غالباً ما يكون سلوكاً غير مفهوم هذا إلى جانب طابعه القهرى ومن ذلك العدوان والإستعلاء والإسراف فى تقدير الذات ومن العوامل التى تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد (١٣).

ب - الشعور بالزائد بالعجز وهو يخلق نمطاً من المعوقين ذلك النمط الذى يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول إستخدام ضعفه فى إستجداء

عطف الآخرين، وكذلك نمط فقد إحترامه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يجد بأساً في العيش عالة على الآخرين (١٤).

جـ - عدم الشعور بالأمن والإطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يطمئن إلى الجرى والوثب وقد يحدث إضطراب في الإدراك لعدم قدرة المعاق على التقدير الواقعي، كما أنه يشعر بعدم الإطمئنان للغير للتفاوت في إتجاهات وإستجابات الآخرين نحوه وعدم وجود أدنى أنساق أو إنسجام بينهما، أو عدم إطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد وحيرة (١٥).

د - الإسراف في الوسائل الدفاعية حيث يحيل إلى النكوص السلوكي في مستوى إعتماده على الغير والتي تتأكد من خلال تقلص حركته. والإحتياجات التي يعبر عنها للحفاظ على نفسه وذلك بإعتماده على الآخرين وكذلك الكبت حيث يضطر إلى إستخدام ميكانيزمات غير توافقية كالإسقاط، وتحويل الانفعالات غير السوية مع الآباء إلى الآخرين، أيضاً العدوان الذى قد يؤجه إلى الآخرين أو إلى نفسه، والسلوك التعويضي والإنكار الذى يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب، والإنطواء نتيجة الشعور بالنقص (١٦).

٢ - المشاكل الإجتماعية:

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أى فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناءاً إجتماعياً يخضع لقاعدة التوازن الحدى والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والإستمرار ومن صور المشكلات الإجتماعية:

أ - مشكلات العمل وقد تؤدى الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.

ب - مشكلات الأصدقاء: تحتل جماعة الرفقاء والأصدقاء أهمية قصوى

فى حياة المعوق وشعوره بعدم الندية مع الآخرين قد يؤدى إلى الإنعزال والإنطواء، وقد يلجأ بعض المعوقين إلى إغراء الآخرين من أجل تبادل الصداقة معهم، فقد يتفقوا معهم وقد يلجؤا فى سبيل ذلك إلى السرقة وقد يحتالوا، يكذبون، ينصاعون لقيم الأصدقاء الجدد وإضطرارهم وربما يستعبد لأى صديق، أن يفعل أى شئ لإشباع الحاجة بأن يتواجد ضمن جماعة وفى سبيل ذلك أيضاً قد يرتبط بجماعات ذات آراء متطرفة كملاذ من هجرة الناس الآخرين له.

جـ - المشكلات الترويحية: تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق فى الإستمتاع بوقت فراغه سواء بالنساط الترويحى الذاتى أو النشاط الترويحى السلبى. وقد يرجع ذلك إلى ما قد يجده الفرد من صعوبة فى التعبير عما يريده لأن تحقيق ذلك يتطلب شخصاً آخر يمتلك مهارة خاصة أو جهازاً ميكانيكياً فعالاً. وعدم شغل وقت الفراغ بطريقة مناسبة ربما تقرب الشخص من التخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة أو أى سلوك إجرامى آخر، أو يتجه إلى الإنحراف عن التوازن فى الأنشطة من حيث سوء التوقيت، خطأ التقدير.

٣ - مشكلات إقتصادية:

تتسبب الإعاقة فى كثير من المشاكل الإقتصادية التى قد تدفع المعوق إلى مقاومة العلاج أو تكون سبباً فى إنتكاس المرض ومنها:

أ - تحمل الكثير من نفقات العلاج.

ب - انقطاع الدخل أو إنخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة حيث أن الإعاقة تؤثر فى الأدوار التى يقوم بها.

جـ - قد تكون الحالة الإقتصادية سبباً فى عدم تنفيذ خطة العلاج (١٦).

أيضاً قد تتبع المشكلة الإقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوق فى العمل لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الإقتصادية.

٤ - المشكلات التعلمية:

يثير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغار أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كباراً، فكثيراً ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم، ولكن أيضاً لأنه لا يستطيع مشاركة الآخرين، خاصة في أفكارهم ومشاعرهم أو في التمتع بصفات تتكافأ مع أي درجة من الأخذ والعطاء، وهو غالباً ما يعاني من حرج في الإتصال، يشعر أنه شخص خارجي غريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه. بالإضافة إلى عدم توفر ضمانات لسلامة المعوقين والشعور بالرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعوق وإنعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون إنسحابياً أو عدوانياً كعملية تعويضية.

٥ - المشكلات الطبية:

يتعرض المعوقون لأشكال مختلفة من المشكلات الطبية منها:

أ - عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.

ب - طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وإرتفاع تكاليف العلاج.

جـ - عدم إنتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي.

٦ - المشكلات المتعلقة بالتأهيل:

وهي مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بما هو خارج الفرد فبالنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى إتكالية المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأهيلية.

الخدمة الإجتماعية ورعاية المصابين بالبتر:

إن فلسفة الخدمة الإجتماعية في رعاية المعوقين عامة المصابين بالبتر

خاصة تكمن فى أن هذه الفئة هى أحد العناصر الأساسية فى المجتمع وأنه يمكن من خلال العناية بها وتأهيلها أن تتحول من عبئ على عملية التنمية فى المجتمع ومعوق لها إلى دافع لها يسهم فى عجلة الإنتاج وبمعنى آخر تحويلها من طاقات غير منتجة إلى طاقات منتجة قادرة على العطاء والإسهام فى عملية التنمية فى المجتمع وفى تقدمه.

كما تقوم هذه الفلسفة على أساس أن لكل شخص معوق الحق فى أن ينال الوقاية والمساعدة وأن تتاح له فرص التأهيل الضرورى والمناسب لكى يستطيع التفاعل والمشاركة ليجد له مكاناً طبيعياً فى مجتمعه الذى يعيش فيه.

ونريد أن نؤكد هنا أن الأخصائى الإجتماعى لا يعمل منفرداً فى مجال رعاية المصابين بالبتر ولكنه يعمل من خلال فريق عمل متكامل ولكنه له دوره المميز فى هذا الفريق والذى يؤديه فى إطار تكامل مع أدوار باقى الفريق.

وتستهدف الخدمة الإجتماعية بطرقها المختلفة المتكاملة ما يلى [١٨]:

١ - العمل على إزاحة المعوقات والمشكلات التى تواجه المعوق مع نفسه ومع الآخرين.

٢ - التأهيل وهذا يعنى مساعدة المعوق للعودة إلى قدراته السابقة بقدر المستطاع ولا يقتصر ذلك على النواحى الجسمية بل يمكن أن يتضمن ذلك الصعوبات الإنفعالية والعقلية والسلوكية.

٣ - الإعداد للحياة ويتضمن ذلك جانبى النمو والتقدم أكثر من جانب العلاج.

٤ - الوقاية ويتضمن ذلك التنبؤ بالصعوبات والمشكلات سواء كانت شخصية أو إجتماعية وإتخاذ التدابير الوقائية لتلافى وقوعها عن طريق برامج بناءة.

ويمكن للخدمة الإجتماعية أن تسهم فى رعاية المعوقين المصابين بالبتر من خلال ثلاثة مستويات هى المستوى الوقائى والمستوى العلاجى والمستوى التأهيلى:

أولاً: مستوى الوقاية من الإعاقة (الإصابة بالبتر):

الوقاية فى الخدمة الإجتماعية مفهوم يستخدم بأساليب مختلفة ليشير إلى الإجراء الذى يدرء من وقوع شئ ما وبشكل إيجابى فهى أو هو العملية التى تقوم على إتخاذ إجراء كى تقلل إلى أدنى حد ممكن من السلوك اللاإجتماعى أو من المشكلات الشخصية.

ويميز قاموس الخدمة الإجتماعية بين أنواع ثلاثة من الوقاية هى:

أ - الوقاية الأولية: وهى ما يقوم به الأخصائيون الإجتماعيون وغيرهم لمنع الظروف المحتملة المسببة للمشكلات من الظهور.

ب - الوقاية الثانوية: وهى تلك الجهود التى تحدد من إمتداد خطورة المشكلة من خلال الإكتشاف المبكر لوجودها وعزل تأثيرها عن الناس الآخرين.

جـ - الوقاية من الدرجة الثالثة وهى الجهود التأهيلية التى يقوم بها الأخصائيون الإجتماعيون وغيرهم من المهنيون لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلة نفسية كى يشفى من تأثيرها وتنمية قوى تكفى لعدم عودتها مرة أخرى.

وفى سبيل ذلك يقوم الأخصائي الإجتماعى بما يلى:

(١) العمل على إزالة العوامل التى تسبب حدوث القصور أو الإصابة بالبتر ويتضمن ذلك إجراءات صحية وإجتماعية تتطلب تضافر العديد من التخصصات مثل برامج التوعية الصحية والتوعية الإجتماعية والتوعية بالأسباب التى تؤدى إلى البتر كتجنب الحوادث أو الأمراض التى ينتج عنها البتر.

(٢) يمكن للخدمة الإجتماعية التدخل لمنع أو تخفيض المضاعفات الناتجة عن حدوث البتر وقد يكون ذلك بالإكتشاف المبكر والتعرف على الحالات المعرضة للبتر والتعامل مع الظروف البيئية والمجتمعية.

(٣) الإهتمام بعمليات الأمن الصناعى فى المصانع والشركات وتدريب

العاملين على إحتياطات وسلوكيات تمنع وقوع حوادث البتر وخاصة الذين يتعاملون مع ماكينات وأجهزة قد تسبب البتر.

(٤) دراسة وتحليل الخدمات الوقائية القائمة فى المجتمع للتعرف على نواحى القصور فيها ومحاولة إستكمال هذه الجوانب كما يمكن للخدمة الإجتماعية أن تسهم بفاعلية فى القيام بتوعية المجتمع بأسباب الوقاية ونتائجها.

(٥) مساعدة المعوق على إستخدام الأجهزة التعويضية المناسبة له بأسلوب سليم بحيث لا يتسبب الإستخدام غير سليم للأجهزة فى رفضه لها أو فى إحداث مزيد من الإصابات والمشكلات له.

ثانياً: المستوى العلاجي:

يركز المدخل العلاجى للخدمة الإجتماعية على التدخل المهنى لمواجهة المشكلات الناجمة عن البتر أو على الأقل التقليل من آثارها ويشمل دور الأخصائى الإجتماعى فى هذا المجال ما يلى:

١ - مساعدة المصابين بالبتر على مواجهة المشكلات النفسية الناجمة عن الإصابة بالبتر وأهمها فقدان الثقة بالنفس وعدم تقبل الذات بعد البتر والشعور بالنقص والإنطواء والإنسحاب من الحياة الإجتماعية وتساهم الخدمة الإجتماعية فى التخفيف من حدة هذه المشاعر السلبية.

٢ - مساعدة المصابين بالبتر وأسرهم على القيام بمسئولياتهم بأكبر كفاءة ممكنة.

٣ - تحقيق التوازن المتبادل بين الأفراد المصابين بالبتر وبيئاتهم الإجتماعية.

٤ - مساعدة المصابين بالبتر على مواجهة مشكلات العمل سواء بالعمل على عودتهم لمهنتهم السابقة أو تأهيلهم على مهن جديدة تتناسب مع ما تعرضوا له من إعاقة (١٩).

ثالثاً: المستوى التأهيلى:

ويقصد بالتأهيل فى تعريف منظمة العمل الدولية بأنه ذلك الجانب من

عملية التأهيل المستمرة المرتبطة الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهنى والتدريب والتشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والإستقرار فيه، وتختلف حالات الأفراد من حيث حاجاتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع فى وقت واحد (النفسى، الطبى، الإجتماعى، المهنى).

وتساهم الخدمة الإجتماعية فى البرامج التأهيلية للمصابين بالبتر من خلال الأبعاد الآتية:

- مساعدة المعوق من خلال البرامج التدريبية لتزويده بالمهارات الجديدة.
- مساعدة المعوق فى الحصول على الأجهزة التعويضية المناسبة لأعاقته.
- المساعدة فى وضع خطة التأهيل المهنى التى تناسب المعوق وتستثمر قدراته المتبقية.
- تتبع المعوق للتأكد من مدى إستفادته من البرامج التأهيلية.
- القيام بالبحوث والدراسات لإثارة الرأى العام حول أسباب ونتائج هذه الإعاقة وتدعيم مؤسسة رعاية المعوقين.

رابعاً: المستوى الإنشائى:

ويتحدد هذا الدور فى الأبعاد الآتية:

١ - إثارة الرأى العام حول إحتياجات المعوقين وكيفية مساعدتهم وكيفية التعامل معهم والدعم المعنوى والمادى للمؤسسات التأهيلية.

٢ - القيام بالدراسات والبحوث والمؤثرات العلمية للتعرف على الإحتياجات الحقيقية للمعوقين، وكذلك مشكلاتهم والعمل على تخفيف حدة هذه المشكلات.

٣ - مساعدة الجهات المعنية بالإعاقة على المستوى الإقليمى والقومى لدعم الإحتياجات المتنوعة للمعوقين وتوفير الخدمات المختلفة لهم [٢٠].

مراجع الفصل السابع

١ - بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والتوزيع والنشر، ١٩٩٧، ص ٥١.

٢ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الإجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، مرجع سابق، ص ٣٢٧.

٣ - مريم ابراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الإجتماعيج مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ٢٨٢.

٤ - أنظر وقارن:

زين العابدين محمد على، مبتورى الأطراف فى أحمد محمد السنهورى، وآخرون، الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة، دار السعيد للطباعة، القاهرة، ١٩٩٣، ص ٢٧٣.

٥ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق، ص ص ٢٧ - ٢٩.

٦ - أحمد محمد السنهورى، وآخرون، مرجع سابق ص ٢٧٧.

٧ - بدر الدين كمال، محمد السيد حلاوة، المرجع السابق، ص ص ٥٥ - ٦١.

٨ - أحمد محمد السنهورى، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٧٧.

٩ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الخدمة الإجتماعية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ب. ت. ص ٩٠.

١٠ - محمد سيد فهمى، السلوك الإجتماعى للمعوقين، دراسة فى الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٣، ص ٢٥١.

١١ - أحمد زكى صالح، علم النفس التربوى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٨٨، ص ٢١٥.

١٢ - محمد شاهين، تفهم المشكلات النفسية للمعوقين كوسيلة للحد من الإعاقة، المؤتمر الرابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، ديسمبر، ١٩٨٨، ص ١.

١٣ - أحمد عزت راجح، الأمراض النفسية والعقلية، دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٩٤، ص ص ١٤٩ - ١٥٠.

١٤ - رمزى الغريب البناء النفسى للمعوقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٢، ص ٧.

١٥- مختار حمزة، سيكلوجية ذوى العاهات، مؤسسة التأهيل، القاهرة، ١٩٥٥، ص ٤٩.
١٦ - عمر شاهين، المرجع السابق، ص ٥.
١٧ - عبد الفتاح عثمان، وآخرون، المرجع السابق، ص ٣٤.
١٨ - محمد شمس الدين أحمد، خدمة الجماعة فى محيط الخدمة الإجتماعية، مطبعة يوم المستشفيات، القاهرة ١٩٨٢، ص ٣٩.
١٩ - مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ص ٢٩٢ - ٢٩٦.
٢٠ - عبد المحيى محمود حسن، الممارسة المهنية فى المجال الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ٢٧٠.

وحول مفهوم الإعاقة الجسمية والحركية ومشكلاتها وإحتياجاتهم يمكن الرجوع إلى كل من:

- Vicky Lewis, Development and Handicap Black well, New York, 1987.

- Beatrice A. Wright, Physical Disability A psychological Approach, Harper and Row Publisher, N. Y., 1960.

- Alfred H. Katz and Knute Martin. A Handbook Services for the Handi - Capped Greenwood Press, London, 1982.

- Sally L. Smith, No Easy Answers Teaching the Learning Diabled Child Winthrop Publishers Inc., Cambridge, 1979.

الفصل الثامن
تأهيل المعوقين

تقديم

- مفهوم التأهيل.
- فلسفة التأهيل.
- مشكلات المعوقين.
- إحتياجات المعوقين.
- العلاج التأهيلى.
- وسائل التأهيل المهنى.
- مبادئ التأهيل المهنى.
- خطوات التأهيل المهنى.

المراجع.

تأهيل المعوقين

تقديم :

كانت المجتمعات البدائية تخرج ذوى العاهات من المجتمع القبلى وتقصيهم بل وتقتلهم فى بعض الأحيان تمسكاً بمبدأ (البقاء للأصلح).

ويروى (ميلر) فى دراسته عن هذه الفئة بأن الناس يعتقدون أن الأطفال المشوهين يجلبون الشر إذا سمح لهم بالبقاء. فالمطر يتوقف والمجاعة تزحف على العاملين وتنتشر الأوبئة بين الناس ولذلك يتعين قتلهم بمجرد ولادتهم كما يروى (ستر) فى كتابه عن التقاليد - أن الشعوب البدائية تلجأ إلى وأد الأطفال الذين لاتظهر عليهم بوادر الذكاء باعتبارهم فئة عاجزة عن أن تؤدى عملاً فى المجتمع وأيضاً يقتل ذوى العاهات والمرضى بأمراض لايجدون لها تفسير أو لاتستجيب مع طبيعة العقاقير التى تعطى لهم، إعتقاداً منهم أن فى ذلك خدمة إنسانية وإجتماعية للأفراد الأصحاء، حيث أن مايبذل مع أمثال هؤلاء لو وجه للأصحاء استفادوا استفادة أكبر وعاشوا على مستوى من الرعاية والرفاهية.

وبتطور المدنية واستحداث الجديد من فروع المعرفة تطورت هذه النظرة التى كانت سائدة فى الأزمنة السحيقة لصالح الإنسان. وحل محلها إتجاهات جديدة راقية تدور حول الإهتمام والعناية بذوى العاهات ومرت هذه الإتجاهات بمراحل مختلفة اختلفت حسب ظروف المعوقين وظروف العمل. ولذلك يعتبر التأهيل مرحلة هامة من مراحل رعاية ذوى العاهات.

والتأهيل بمعناه الصحيح لم يبدأ فى العالم إلا فى أعقاب الحرب العالمية الأولى كنتيجة لتضخم مشكلة تعطل مشوهي الحرب وكانت الولايات المتحدة الأمريكية أول دولة نظمت هذا النوع من الإعداد المهنى لذوى

العاهات فأصدرت قانون التأهيل المهنى فى سنة ١٩٢٠ الذى يمنح كل مواطن الحق فى الحصول على خدمات التأهيل المهنى على نفقة الدولة بشروط خاصة أهمها أن يكون فى سن العمل وأن يكون هناك إحتمال قوى فى عودته للعمل حسب قدرته وإمكانياته الباقية له بعد العاهة.

وقد عدل هذا القانون بقانون التأهيل رقم ١١٣ لسنة ١٩٤٣ المشهور باسم قانون (بارلين لافوليت) الذى أعطى حقوق أوسع لمستحقى التأهيل المهنى – وأضاف ذوى العاهات العقلية بعد أن كان القانون الأول يفيد ذوى العاهات البدنية فقط. وكان ذلك على أثر ما اكتشفته الحكومة الأمريكية من أن ضرائب الدخل التى ستجبى من ذوى العاهات بعد تخديمهم تربو قيمتها على ماأنفق عليهم فى عملية التأهيل مهنياً وبذلك تحول عدد كبير من مستهلكى الضرائب إلى دافعى ضرائب وبدأت حكومات الولايات المختلفة فى إنشاء مؤسسات التأهيل المهنى ثم بدأت بعد بضع سنوات فى إنشاء نوع آخر من وسائل التأهيل المهنى أطلقت عليهم اسم مكاتب التأهيل المهنى ولما نجحت هذه المكاتب فى مهمتها توسعت تدريجياً حتى بلغ عددها حالياً ٨٧ مكتب فى كل ولاية واتجهت سلطات التأهيل المهنى نحو تفضيلها على المؤسسات وهى أيضاً فى طريق الزيادة عن هذا العدد مع تطوير الخدمات فيها.

أما فى غالبية دول أوروبا فقد كان أثر تلك الحرب أن توسعت فى نظام التأمين ضد العجز والبطالة وتقرير إمتيازات خاصة لذوى العاهات وإنشاء المؤسسات العلاجية ودور النقاهة والإستشفاء كما عنيت بدرجة أقل بتدريب وتخديم ذوى العاهات فيما عدا فرنسا وإيطاليا فكان اهتمامها بالتأهيل المهنى أكثر من التأهيل الطبى.

أ – **تاريخ التأهيل المهنى فى مصر** بدأ على أثر حرب فلسطين حيث فكرت وزارة الشئون الاجتماعية فى عام ١٩٤٩ أن تنظم خدمات فعالة

لتوجيه مشوهي الحرب وإعادتهم للعمل فأرسلت بعثات للخارج فى نفس السنة للتخصص فى وسائل التأهيل المهنى. ثم عدل قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٢ مشتملاً على باب خاص بتأهيل ذوى العاهات مهنياً وبدأ تنفيذه بإنشاء أول مكتب للتأهيل المهنى بالقاهرة فى سنة ١٩٥٢ وبناء على نجاح هذا المكتب واصلت الوزارة فى إنشاء مكاتب أخرى فى الإسكندرية وطنطا والزقازيق ودمنهور وبورسعيد وكل المحافظات، وصدر العديد من القوانين بشأن رعاية وحماية المعوقين من أهمها القانون ٩١ لسنة ١٩٥٩ والقانون ٣٢ لسنة ١٩٦٤ والقانون ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ والقانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ ويمكن الرجوع إليهم فى الجزء الخاص بالملاحق.

– التأهيل المهنى :

يعتبر التأهيل المهنى من أحدث ميادين الخدمة الاجتماعية فى العالم وفكرته نابعة من النظرة المتطورة الإنسانية للفرد الشاب، والتى تؤمن بأن العمل ليس فقط من الواجبات الاجتماعية للمواطن وإنما هو فى نفس الوقت حق من حقوقه وحاجة من حاجاته الطبيعية على المجتمع أن يوفرها لهذا الفرد.

وتتلخص فلسفة التأهيل المهنى فى العمل على احترام الفرد العاجز وتقديره والتعامل معه كوحدة قائمة بذاتها والإعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروف العمل المتاحة له فى ميدان العمل بعد إعداده لذلك، كما تهدف هذه الفلسفة إلى التسليم بمبدأ الإستفادة من هذا الفرد كشخص منتج مستقل بذاته معتمد على نفسه وعلينا أن ننظر إلى برامج التأهيل المهنى الخاصة بذوى العاهات على أنها ترمى إلى توجيههم ورد إعتبارهم فى المجتمع وتعمل على تنمية إستعداداتهم ومواهبهم وإستغلالها فيما يعود على المجتمع بالمنفعة الكاملة. ومساعدتهم على التكيف النفسى والاجتماعى والاقتصادى للظروف المحيطة بهم فى المجتمع [1].

مفهوم التأهيل وفلسفته :

تعرف عملية التأهيل بأنها « عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانيات الشخص العاجز عن العمل على تنمية هذه القدرات يحقق أكبر نفع ممكن في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية ».

أما التأهيل المهني فهو برنامج الرعاية التي تقوم على توفير الخدمات اللازمة لتمكن المعوق من إستعادة قدرته على مباشرة عمله الأصلي أو آداء عمل آخر يناسب حالته والإستقرار فيه [٢].

(ويعرف التأهيل بأنه إستفادة الشخص المعوق لأقصى ما تسمح به قدراته في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية).

فالتأهيل ينشئ ويوجد، لأنه يعمل على تحديد إمكانيات الشخص العاجز وتنميتها والإستفادة منها. فهو يعمل على الإستقلال والإعتماد على النفس وتقرير المصير، وبه يمكن إستغلال ما بالفرد نفسه من إمكانيات ذاتية بالإضافة إلى مايوفره المجتمع من رعاية لهذه الفئة، ولن تجدى هذه الخدمات إذا تناثرت في حين تؤتى الهدف والغرض منها إذا كانت متكاملة مع بعضها غايتها معاونة الفرد العاجز لأن يتغلب على عجزه وقصوره من جميع النواحي.

ولكي يمكن تحقيق ذلك قد يحتاج الفرد إلى علاج طبي وجراحات ورعاية بالمستشفى أو المصح أو دار النقاهة. وتمريض وعلاج طبيعي وعلاج بالعمل وخدمات تعليمية خاصة وتتوقف إستفادة المريض من كل هذه الجهود على مقدار إستعداده للتعاون لتقويم قدراته الفعلية وإستعداداته الخاصة وتوجيهه وتدريبه مهنياً. فإذا تمكن الفرد بطريقة معقولة ومقبولة من أن يستفيد منها فإنه بذلك يكون قد حقق لنفسه نواحي إشباع ذاتي كغيره من الأفراد في حدود قدراته وبقدر ما تسمح به ظروفه. أما إذا كان في حاجة لمثل هذه الخدمات ولكنه عجز عن الإستفادة منها لأسباب شخصية فإن فرصته

لتأهيل نفسه تكون ضعيفة وإذا كان الفرد العاجز فى حاجة إلى مثل هذه . الخدمات ولكنها غير متوفرة له فإن الدافع الذاتى ليساعد نفسه لن يخلق هذه الإمكانيات له وعلى ذلك يمكن القول بأن نجاح التأهيل يتوقف على عاملين:

١ – مدى توفر مايحتاج إليه المريض من خدمات.

٢ – مدى إستعداد الفرد للإستفادة من الخدمات الموجودة فى المجتمع.

فلسفة التأهيل :

تقوم فلسفة التأهيل على تقبل الفرد ذى العاهة أو العاجز كإنسان له كيانه وكرامته الشخصية، له حقوق وحاجات إنسانية وسياسية وإجتماعية . كلها تهدف إلى أن يؤدى وظيفته فى الحياة بما يحقق له إشباعات وفوائد إجتماعية. فالتأهيل هو أحد صور الضمان الإجتماعى فهذا إمتداد للخدمات التعويضية لذوى العاهات بغرض تكافؤ الفرص، كما أنه حماية لإستغلال الفرد الذى يجد نفسه قد أصيب بعاهة فى أى وقت ولأى سبب كان.

والتأهيل يخلق ويبنى وهدفه الإستفادة من قدرات الشخص وإمكانياته ومعاونته على إستعادته لقدرته على التنافس والإنتاج. كما يعمل على تنمية ثقة الفرد بنفسه وعلى أنه وحدة قائمة بذاتها والإعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروف العمل بعد تأهيله دون فروق بينه وبين غيره إلا مبدأ الفروق الفردية.

وذوى العاهات يرغبون رغبة أكيدة فى أن يتقبلهم المجتمع تقبلاً تاماً كأعضاء عاملين ومشتركين فى خطة التنمية الإنتاجية ولن يتأتى لهم ذلك

إلا إذا بذلت جهود كبيرة متكاملة فى عملية التأهيل حتى لايصاب هؤلاء الأفراد بالإخفاق وشعورهم بأنهم أصبحوا عالة على غيرهم أو على المجتمع. ويمكن للمجتمع أن يأخذ بيدهم إذا ساعدهم فى إستعادة قدرتهم على العمل والإنتاج وفى هذا مساعدة لهم على تحقيق إحترام الذات والإعتماد على النفس وتقبل المجتمع لهم. وهذا يتحقق عن طريق إظهار قدرتهم الإنتاجية فى الأعمال الملائمة لهم وفى هذا إشباع لهم على أساس قدرتهم فى التحصيل والإنجاز والمساواة.

وعادة يسعى الشخص العاجز للتوظف وللحصول على عمل على أساس أنه شخص صالح لهذا. وفى هذا مبدأ مهم جداً وهو المنافسة وهذا يعتبر من أسس فلسفة التأهيل حيث أنه فى قيامه بعمل منتج يحمل فى طياته دلالة تقبل الشخص ذى العاهة باعتباره عضواً نافعاً فى المجتمع. وفى هذا الصدد نقول إن التكيف المهنى للفرد العاجز لايمكن أن يتحقق إلا إذا كان الهدف من العمل قد وضع على أساس طاقة الفرد العاجز وقدرته على العمل والإنتاج بما يتفق وأكبر مستوى من القدرة على التنافس[٢].

أهمية التأهيل فى المجتمع :

١ - لايخلو مجتمع من أفراد أصابهم نوعاً من العجز يمنعهم من الإستفادة من الفرص المتاحة للأفراد العاديين ومن حق هؤلاء الأفراد على المجتمع كمواطنين أن يوفر لهم الخدمات والإمكانيات التى تساعدهم على أن يحيو حياة سعيدة متكيفين مع أنفسهم ومع المجتمع.

٢ - إن قوة المجتمع تتمثل فى قدرة جميع أفراده فإذا أصيب عدد منهم بعجز فإن ذلك يؤثر ولاشك فى قدرة المجتمع على الإنتاج وفضلاً عن ذلك المجتمع يتحمل عبء الإنفاق على هؤلاء الأفراد وبذلك تكون

الخسارة مزدوجة من ناحية نقص الإنتاج ونفقات الرعاية فى حين رعايتهم يعود على الدولة بزيادة فى دخلها نتيجة لإنتاجهم وأيضاً لما يحصل منهم من ضرائب فهذا يزيد من إيرادات الحكومة.

٣ – هناك من الأفراد من يعانون من نقص واضح قد يشعره بالنقص والدونية كأن يكون الفرد قصير القامة بدرجة ملحوظة والآخر بدين جداً وثالث خجول وآخر متواكل لدرجة كبيرة ... إلخ. ولكن هذا النقص لم يمنعهم من التكيف مع المجتمع وتحقيق الرضا الذاتى لأنفسهم بالتعويض عن نقصهم بطريقة إيجابية وقد يستطيع الفرد العاجز أو ذو العاهة أن يحقق أقصى درجات النجاح ويمكننا أن نعدد الكثير من الأفراد الذين أمكنهم أن يبلغوا درجة عالية من التفوق رغم ما أصيبوا به من معوقات مثل أبو العلاء المعرى والدكتور «طه حسين» ، و «بيتهوفن» ، و «روزفلت» وغيرهم كثير.

وعلى ذلك فإن الإهتمام بتأهيل المعوقين قد يهيئ لهم فرص النجاح ويفيدون المجتمع والبشرية أكبر فائدة.

٤ – إن إصابة الفرد بعجز له أثر نفسى شديد ولكن شعوره بأن المجتمع قد وفر له الإمكانيات التى تساعده على التغلب على عجزه وتسوى بينه وبين غيره من الأفراد يخفف كثيراً من مشاعر السلبية ويرفع من روحه المعنوية.

٥ – إهمال هؤلاء الأفراد هو مساعدة لهم على التسول والإتكالية والإعتماد على الصدقات والإعانات. وقد يفرضوا أنفسهم على المجتمع بتكوين عصابات أو شلل تمثل الشذوذ ففى تأهيلهم حماية لهم وللمجتمع من الإنحراف وهذا يعنى أن التأهيل ليس مجرداً إكتشاف مهارة ومقدرة وتنميتها فحسب بل هى إعادة الأمل والحياة للإنسان العاجز(٣).

الآثار الناتجة عن الإعاقة :

وسنحاول فى هذا الجزء تقديم عرض مختصر للآثار الناجمة عن الإعاقة والتى تعكس المشكلات التى يعانى منها المعوقين سواء على مستوى الفرد المعاق أو أسرته أو المجتمع الذى يعيش فيه. وذلك على النحو التالى :

أولاً : المشكلات الإجتماعية :

نعنى بالمشكلات الإجتماعية المواقف التى تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطيه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الإجتماعى أو مايمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الإجتماعية الخاصة لكل فرد.

١ - المشكلات الأسرية :

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة فرد هى إعاقة لأسرته فى نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها، منذ أن إعتبرت الأسرة بناء إجتماعى يخضع لقاعدة التوازن، والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التى تتميز بالتساند والتكامل والإستمرار.

ووضع المعوق فى أسرته لابد وأن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الإضطراب صغيراً كان أو كبيراً، زوجاً كان أو زوجة ذكراً كان أو أنثى، طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته فى أداء دوره الاجتماعى كاملاً داخل الأسرة وإفتقاد المعوق لأداء دوره يشكل بالضرورة عبئاً على أدوار الآخرين فضلاً عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن هذا الأداء.

كما أن سلوك المعوق المسرف فى الغضب أو القلق أو الحساسية أو الإكتئاب أو حتى الإبتهاج تقابل من المحيطين به بسلوك مسرف بدوره فى الشعور أو الشعور بالذنب أو الشعور بالحيرة وبالقدر الذى تهدد حالة الإعاقة سلامة المعوق بالقدر الذى يزيد من الحماية الزائدة والمسرفة من المحيطين به وهو الأمر الذى يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وأثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقى أبنائها.

كما تلعب بعض العادات دور آخر فى زيادة مشاكل الأسرة حينما تعزى الإعاقة إلى أسباب وراثية لتثير منازعات واضحة أو مقنعة بين الزوجين أو لتشكل عقبات أمام المتقدم لمصاهرتها ظناً من المحيطين أن الإعاقة قد تنتقل إلى السلالات التالية.

وأكثر المشكلات الأسرية حدة هى تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة وعائلها ومايترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها وإضطراب علاقاتها، أو الإصابة المفاجئة للإبن الوحيد فى الأسرة التى إنتظرته طويلاً وما قد يحيط بهذه الإصابة من ظروف حيث يحمل أحد الوالدين الآخر مسئوليتها مما يزيد بالتالى من مشاعر الذنب والإكتئاب.

ويهمنا فى هذا الصدد أن نشير إلى عاملين أساسيين يتوقف عليهما زيادة المشكلات الأسرية وهما :

١ - مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما الذاتية.

٢ - مدى الإلتزام الدينى بين أفراد الأسرة.

فتوفر هذين العنصرين كفيل بالحد من المشكلات التى تواجهها أسرة المعوق أو على الأقل عدم إستفحالها.

٢ - المشكلات الترويحية :

تؤثر العاهة على قدرة العوق على الإستمتاع بوقت الفراغ، سواء بالنشاط الترويحى الذاتى أو بالنشاط الترويحى السلبى، فممارسة المعوق لأى نوع من أنواع النشاط يتطلب منه طاقات خاصة لاتتوفر عنده كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساساً للأصحاء فضلاً عن العقبات التى تصادف المعوق عند إرتياد أماكن اللهو أو الحدائق العامة وما أشبه.

٣ - مشكلات الزمرة :

تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة فى المراحل الأولى من العمر وأثر علاقات الصحبة المباشرة على النمو الإجتماعى السليم، وبالقدر الذى تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذى يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة، ومن ثم فعدم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفائته لهم يؤدى إلى إتجاهات سلبية لينكمش المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات.

٤ - مشكلات العمل :

قد تؤدى العاهة إلى ترك المعوق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى مايتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التى تترتب على العاهة فى علاقاته برؤسائه وزملائه أو مشكلات أمنه وسلامته. فالعمل إنتاج بأجر، والإنتاج الزائد أجر مرتفع بل وطريق إلى تولى مناصب رئيسية وقيادية فى العمل فمن ثم كان لأثر العاهة أثراً مزدوجاً على الدخل والمكانة معاً [٤].

ثانياً : المشكلات التعليمية :

من أهم المشكلات التعليمية هى عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعوقين على إختلاف أنواعهم، مما يترتب على ذلك إلحاقهم بمدارس الأطفال الأسوياء، وبالتالى قد تحدث آثار نفسية سلبية نتيجة الرهبة والخوف الذى ينتاب بعض التلاميذ عند رؤية المعوق، مما يؤثر فى ردود أفعال المعوق، الذى قد يسلك سلوكاً إنسحابياً أو عدوانياً كما قد يكون للعاهة تأثير على قدرة الفرد على إستيعاب دروسه [٥]. مما يزيد المعوق إحساساً بفقد الثقة فى النفس، ضف إلى ذلك أن الطفل المعوق قد يدفعه حماسه لممارسة بعض الأنشطة مع أقرانه من الأطفال الأسوياء. وغالباً مايصاب فى نهاية الأمر بالإحباط مما يؤدى إلى مزيد من مشاعر النقص لديه. كما أن الإعاقة قد تؤثر على درجة إستيعاب الطفل من جانب أو صعوبة إنتقاله إلى مقر الدراسة من

جانب آخر، أو رفض المعوق للدراسة ومقاومته لها خجلاً من مواجهة أقرانه بعاهته من جانب ثالث، وكلها أمور تعرقل من إستمرار المعوق فى تحصيل العلم.

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الأخصائى الاجتماعى بمجهوداته المهنية، لمعاونة المعوق على الإستفادة بأكبر قدر ممكن من فرص التعليم المتاحة. وذلك عن طريق قيام الإخصائى الاجتماعى بعمليات تبصير لزملاء المعوق بكيفية معاملته من جانب، وتبصير مدرسيه بإمكانيات الإستيعاب لديه من جانب آخر، كما يساعد الأخصائى الإجتماعى الطالب المعوق فى إختيار برامج النشاط التى تتناسب مع إمكانياته وقدراته، حتى يستطيع المعوق أن يشبع من خلالها إحتياجاته وهواياته(٦).

أهمية تخصيص نظم خاصة للتعليم للمعوقين هى :

١ – تجنيب الطفل الآثار السلبية الميكرة المترتبة عن فشله فى مجاراة أقرانه فى التحصيل الدراسى.

٢ – التجانس النسبى بين الأطفال وأثره فى النمو العقلى والنفسى والإجتماعى للطفل متجنباً مشاعر الدونية وإكتساباً للثقة بأنفسهم.

٣ – إتاحة الفرصة لإكتشاف الموهوبين من بينهم نتيجة إزالة الضغوط التى تعوق إنطلاق قدراته.

٤ – قبول الطفل المعوق لنفسه كمرحلة تؤدى به إلى قبول الآخرين.

٥ – مزاولة الأطفال للنشاط الرياضى والإجتماعى الذى يناسب قدراتهم من خلال تهيئة إمكانات هذا النشاط التى تراعى إعاقاتهم بل وتؤدى عمليات تعليمية وخبرات عملية خاصة. ويذكر هنا أن كثيراً من المعاهد الخاصة تعد ألواناً من الرقص الجماعى والغناء والجرى وألعاب التسلية

كأدوات لعلاج عيوب المشى أو الكلام أو السلوك الإجتماعى غير المقبول. كما أن مدارس المكفوفين تعد أنشطتها وبرامجها بما يحافظ على سلامة الكفيف وتعويدهم على ممارستها مستقلين داخل مدارسهم مع مراعاة عدم تغييرها أو نقل أدواتها من أمكنتها المعتادة، كما تستخدم طريقة اللمس (برايل) للمكفوفين والشفاه للصم والبكم كأدوات لإكساب المعوق للخبرات المختلفة.

٦ - يهيئ التعليم الخاص للمعوقين مدرسين مدربين أعدوا خصيصاً لمثل هذا العمل وهو الأمر الذى يحقق للعملية التعليمية أهدافها.

٧ - يسمح التعليم الخاص لمعاملة الطفل المعوق كفرد له فرديته وليس كفئة أو طائفة خاصة(٧).

ثالثاً : المشكلات الإقتصادية :

تكمن المشكلة الإقتصادية بالنسبة للفرد والأسرة بأن تترك الإعاقة كثيراً من المشاكل خاصة إن كان عائل أسرته الوحيد، وفى الغالب تؤدى الإعاقة إلى البطالة أو فقدان العمل أو قلة الإنتاجية، مما يؤثر ذلك على الدخل الإقتصادى، ويزداد الأمر سوءاً فى الدول النامية، حيث تعكس طبيعة الفقر وعدم توافر المهن، وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل أو عدم توافرها، إلى الكثير من المشاكل الإقتصادية على المعوق (٨)، وتظهر الآثار الناجمة عن ذلك فى :

١ - تزداد النفقات الإقتصادية والمادية على المعاق سوءاً بسبب إجراء العملية أو نفقات العلاج ومايرتبط به الأمر الذى يؤثر بدوره على دخل أسرة المعاق.

٢ - إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع مصاريف الأسرة بسبب الإعاقة كما يشعر المعاق بالضيق والقلق لكونه عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة.

٣ - قد يؤدى إنخفاض دخل المعاق إلى إستدانة الأسرة وقد تضطر إلى بيع بعض ممتلكاتها إن وجدت أو خروج الأبناء للعمل.

٤ - قد تضطر الزوجة للخروج إلى العمل بسبب إعاقة العائل مما يثير قلق وضيق المعاق وهذا يؤثر على حالته النفسية وسوء الحالة الصحية[٩].

رابعاً : المشكلات النفسية :

حاول العديد من علماء نفس المعوقين الإنتهاء إلى سمات محددة لعالم المعوقين بصرف النظر عن الفروق الفردية والظروف البيئية ونوع العاهة وشدتها. وقد عرضت أكثر من دراسة على المؤتمر الدولى الثامن لرعاية المعوقين ١٩٦٨ بنيويورك ورغم إختلاف المداخل العلمية لهذه الدراسات بين «فرويدية» وسلوكية وعقلية ونفس إجتماعية ونفس ثقافية ... إلخ فقد خلص المؤتمر على تحديد السمات التالية :

١ - الشعور الزائد بالنقص : وهو الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها لتتولد عند المعوق دائماً شعور واضح بالدونية مما يعوق تكيفه الإجتماعى السليم.

٢ - الشعور الزائد بالعجز : وهو الإستسلام للعاهة وقبولها بواقعها وبعجزها لتتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والإستسلام لهذا الضعف مع رغبة إنسحابية شبه دائمة وسلوك سلبى إعتمادى.

٣ - عدم الشعور بالأمن : وهو إحساس عام بالقلق والخوف من المجهول وتوجس الشر الشبه دائم، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر أو اللزمات الحركية أو التقلب الإنفعالى وقد تكون له أعراض غير ظاهرة كالإضطرابات الجسمية السيكوسومائية.

٤ - عدم الإتزان الإنفعالى، وهو عدم تناسب الإنفعال مع الموقف صعوداً أو هبوطاً وهى سمة وإن كانت شائعة فى كثير من الأنماط العادية إلا أنها

تأخذ صفة العمومية عند المعوقين، وقد يتطور هذا الشعور إلى تولد مخاوف وهمية مبالغ فيها تؤدى إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان.

٥ – سيادة مظاهرة السلوك الدفاعى : وأبرزه الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير. والسمة الدفاعية للمعوق تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائماً من الآخرين سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة أو بصورة غير مباشرة كالإهمال أو عدم إعارته الإهتمام الكافى[١٠].

خامساً : المشكلات الطبية :

وتظهر هذه الآثار فى شكل مجموعة من المشكلات التى تواجه المعوق. أهمها :

١ – عدم معرفته الأسباب الخاصة لبعض أشكال الإعاقة.

٢ – طول فترة العلاج الطبى لبعض الأمراض كأمراض الدرن والقلب.

٣ – عدم توافر مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين بمستشفيات خاصة تراعى ظروفهم ومشاكلهم.

٤ – عدم توافر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعى، وخاصة فى المحافظات النهائية مع عدم توافر الفنيين والأجهزة الفنية لهذا العلاج[١١].

سادساً : المشكلات الناتجة على المجتمع من الإعاقة :

كشفت تحليلاتنا السابقة عن حجم وأبعاد مشكلة الإعاقة والمعوقين على المستوى العالمى والمستوى المحلى، ونسب وإحصاءات متعددة، تؤكد معظمها حسب تقديرات الأمم المتحدة بأن إجمالى نسبة المعوقين تصل متوسطها إلى ١٠ ٪ من إجمالى عدد السكان العالمى، ولقد قدرت هذه النسبة بأكثر من

٥٥٠ مليون معاق، وبالطبع تحصل الدول النامية على النصيب الأكبر من هذا العدد نتيجة لعوامل متعددة، منها أن أكثر من ٨٠٪ من سكان العالم يعيشون فى الدول النامية فقط، كما ترتفع كل من معدلات الكثافة السكانية والزيادة السنوية للنمو السكانى من ناحية أخرى فى هذه الدول.

وفى حقيقة الأمر أن هذه النسبة من المعاقين فى المجتمع تعتبر نسبة كبيرة منها فى إعداد الطاقة العاملة، التى تحتاجها الدول النامية، وخاصة تلك التى تتلهف عن زيادة قوتها الإنتاجية فى العاملين مثل دول العالم الثالث على سبيل المثال ومن ثم. فإن فئة المعاقين تعتبر طاقة بشرية، يمكن الإستفادة منها فى عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وتعد عملية تأهيلهم من العمليات الهامة التى تعود بفائدة مشتركة سواء على المعوقين وأسرهم أو على المجتمع الذى يعيشون فيه. حيث يسهم ذلك فى تنمية مواردهم الخاصة وزيادة الدخل القومى.

وفى السنوات الأخيرة، إهتمت العديد من التشريعات القانونية والمدنية بعمليات تشغيل وتأهيل المعوقين، وحددت نسبة المعاقين ٥٪ من إجمالى القوى العاملة وضرورة مشاركتهم فى العمل والإنتاج. وكان ذلك إنطلاقاً من التوصيات العالمية التى كرست لرعاية حقوق المعاقين والعمل على إستثمار طاقاتهم فى المجتمع، ولكن بالطبع هناك العديد من المعوقات. التى مازالت تواجه المعوقين فى مجال العمل والإنتاج، وخاصة فى الدول النامية. وذلك لاعتبارات متعددة ترجع معظمها إلى طبيعة النسق الثقافى والإقتصادى والأيديولوجى، الذى يحدد إتجاهات المجتمع وقيمه نحو المعاقين ومعاملتهم ورعايتهم بصفة عامة فى الوقت الحاضر.

وفى الواقع أن هناك الكثير من الآثار الإقتصادية الناجمة عن زيادة المعوقين فى المجتمع وخاصة فى الدول النامية الفقيرة أو الضعيفة منها على حد سواء فبالإضافة إلى، أن غالبية المعاقين تعتبر من الفئات غير العاملة فى

المجتمع ولاتسهم فى عمليات الإنتاج الفعلية. نجد أن هذه الفئات وأسرهم تعيش على المساعدات المالية أو من نظم الضمان والتأمينات الإجتماعية، التى تستنزف من الدخل القومى. كما أن التكلفة الإقتصادية فى مجالات تعليم وتأهيل وتدريب وعلاج المعوقين، تعتبر ذات تكلفة إقتصادية عالية بالمقارنة بالفئات الأخرى من المجتمع، وبالتالى يمثل ذلك مصادر عديدة للأعباء الإقتصادية على الميزانية العامة وتؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على تحقيق سياسات التنمية بوجه عام. وعموماً. أن عمليات التأهيل والتدريب والتخطيط لرعاية المعوقين يعتبر عملاً إجتماعياً وإنسانياً، يجب أن تهتم به الدول المختلفة لتحقيق نتائج إيجابية على المجتمع (١٢).

إحتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم :

يمكن تقسيم إحتياجات المعوقين إلى ثلاث أنواع :

١ - الإحتياجات الفردية وتتمثل فى :

أ - إحتياجات بدنية مثل إستعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.

ب - إحتياجات إرشادية مثل الإهتمام بالعوامل النفسية المساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

جـ - إحتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى سن التعليم مع الإهتمام بتعليم الكبار.

د - إحتياجات تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات ويقصد الإعداد المهنى للعمل المناسب للمعوق.

٢ - الإحتياجات الإجتماعية وتتمثل فى :

أ - إحتياجات علاقية مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

ب - إحتياجات تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية وإستمارات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.

جـ - إحتياجات ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

د - الإحتياجات الأسرية مثل تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة.

٣ - الإحتياجات المهنية وتتمثل في :

أ - الإحتياجات التوجيهية مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكراً والإستمرار فيه لحين إنتهاء عملية التأهيل.

ب - الإحتياجات التشريعية مثل إصدار التشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.

جـ - إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء.

د - إحتياجات إندماجية مثل توفير فرص الإحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب.

وتلعب مهنة الخدمة الإجتماعية بطرقها الرئيسية دوراً فعالاً في مساعدة المعوق على إشباع هذه الحاجات وهذا سيتضح في الجزء الخاص بدور الخدمة الإجتماعية مع المعوقين(١٣).

العلاج التأهيلي :

وهو أحد التخصصات المهنية العاملة في مجال المعوقين، ويقوم على إستخدام نظريات مختارة من مختلف فروع العلم من أجل تقييم قدرات المعوق على أداء النشاطات الحياتية، والتعرف على مدى إستيعابه للمعلومات

والمهارات والإتجاهات اللازمة للقيام بتلك النشاطات. ويهتم المعالج التأهيلى على وجه الخصوص بالأفراد الذين يعانون من نقص فى القدرات اللازمة للقيام بالنشاطات الحياتية اليومية بسبب الضغوط الحيوية والنفسية والإجتماعية، أو بسبب الصدمات أو الحوادث. كما يهتم المعالج التأهيلى كذلك بالبيئة التى يعيش فيها الفرد بوصفها المجال الحيوى الذى يتعامل معه، والمؤثر الهام فى مستوى أدائه لنشاطاته اليومية، والعامل المساعد فى تنمية مهاراته الحسية والذهنية والحركية والإجتماعية.

أنواع التأهيل :

أولاً : التأهيل الحياتى :

ويهدف إلى مساعدة المعوق على التوافق مع البيئة وخدمة نفسه بنفسه، والعناية بشئونه الشخصية والحياتية كما يجعله فى غير حاجة إلى مساعدة غيره له إلا فى حدود ماتحول إعاقته بينه وبين القيام به كما فى الحالات التى لايجدى معها التصحيح أو التأهيل الطبى. ولا يتوقف الأمر عند حد تعليم وتدريب المعوق نفسه على أداء تلك الخدمات، ولكن يتم تعليم آباء الأطفال المعوقين بدنياً والقائمين على رعايتهم أيضاً كيفية غسلهم وتغذيتهم والعناية بنظافتهم وملبسهم وكيفية تحريكهم بشكل سهل ومريح.

وتختلف نشاطات التأهيل تبعاً لسن المعوق ومستوى الخبرات السابقة ودرجة الإعاقة، فالمصابون بالشلل المخى مثلاً تختلف مشاكلهم بإختلاف درجة الإعاقة، ولذا يتم التركيز على تعليم الطفل كيفية الإعتماد على نفسه فى تناول الطعام وفى قضاء الحاجة وفى الإعتماد على نفسه فى إرتداء ملابسه، مع برمجة مجموعة من النشاطات التى تهدف إلى زيادة قوة العضلات وحركة المفاصل وتناسق الحركة بوجه عام. كما قد يتطلب الأمر دراسة إمكانية كرسى متحرك بمواصفات خاصة، إذا إحتاج الأمر.

أما بالنسبة للتخلف الذهنى فقد يستدعى الأمر التركيز على تنشيط النمو لذهنى والإجتماعى بقدر الإمكان.

ويشتمل تأهيل المتخلفين دراسياً على النشاطات المؤدية إلى التفاعل مع المثيرات الحسية المتنوعة مثل الأشكال والأجسام ومختلف الخبرات الحسية التى توفر فرصاً للتدريب الحسن وزيادة القدرة على التمييز بين الأشكال أو تصنيفها وفق خطط متعددة.

أما فيما يتعلق بالمسنين فإن برامج التأهيل تتجه إلى مساعدتهم على المحافظة على الطاقة عن طريق تبسيط العمل وكيفية أدائه بحيث يستطيع الفرد منهم ترتيب فراشه وإعداد وجبات الطعام بشكل يحافظ على أكبر قدر من الطاقة ويحتاج إلى أقل جهد ممكن دون أن يحرمه من فرص الحركة والعمل.

وكثيراً ما يتدخل المعالج التأهيلى لإعادة ترتيب البيئة التى يعيش فيها المعوق لزيادة مقدرته على الحركة وخدمة نفسه، فقد يعمل على إعادة ترتيب أثاث الحجرة أو المنزل بشكل معين، كما قد يوصى بتثبيت قضبان خشبية على بعض الحوائط أو فى الحمام مثلاً لتمكين المعوق المقعد الذى يستخدم الكرسى المتحرك من إستخدام المرحاض. وأحياناً ما يعمل المعالج التأهيلى على التوصية بإزالة بعض العوائق الموجودة تحت حوض المطبخ مثلاً لتمكين المعاق الذى يستخدم الكرسى من غسل الأوانى وأدوات الأكل بنفسه دون الإعتماد على غيره.

ويمكن تقسيم مجالات العلاج التأهيلى الحياتى إلى ثلاثة نشاطات متميزة، هى:

* **النشاطات الحياتية** : وتهدف إلى تعليم العادات الصحية والعناية بالنظافة والملبس والمظهر، وكيفية إعداد وجبات الطعام والإعتماد على النفس فى الأكل، وكيفية إستخدام النقود.

* **الإتصال** : ويهدف إلى تكوين عادات نافعة تساعد على زيادة القدرة على الإتصال بالآخرين عن طريق إتقان استخدام أساليب معينة، وإلى كيفية إستخدام وسال الإتصال كالهاتف وكتابة الرسائل وتعبئة النماذج الخاصة، وغيرها.

* **التنقل** : وتهدف إلى تدريب المعوق على إستخدام المواصلات العامة وقيادة السيارة أو المركبة الآلية، وغيرها.

ثانياً : التأهيل الطبى :

ويهدف إلى مساعدة المعوق عن طريق إجراء العمليات التصحيحية أو تقديم الخدمات العلاجية فى مجالات إستخدام الأعضاء المصابة وزيادة قدرتها على التحمل أو للرفع من مستوى أدائها، وفى إستخدام الأطراف الصناعية البديلة، وفى تقديم العلاج الطبيعى إذا إحتاج الأمر.

ثالثاً : التأهيل النفسى :

ويرمى إلى مساعدة المعوق على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعى عن طريق تقبل إعاقته، والتفكير بشكل واقعى فى كيفية العيش معها دون الشعور بالنقص أو الإختلاف ومايصاحبها من شعور بالقلق والحيرة والحزن أو اليأس.

رابعاً : التأهيل الإجتماعى :

ويهتم بإعداد المعاق للعيش بين أفراد أسرته ومجتمعه. ونظراً لتعرض المعوق لكثير من العوامل الإجتماعية التى قد تؤدى إلى رفضه أو تقبله وإلى حبه أو كراهيته من قبل الأسرة، بالإضافة إلى ما قد يصاحب ذلك من الحماية الزائدة وشدة الخوف عليه، أو حرمانه ووضع القيود أمامه، فإن التأهيل الإجتماعى يصبح أمراً ضرورياً لإعادة التوافق وتغيير إتجاهات كل من المعوق والأطراف الإجتماعية الأخرى لإحداث التوازن المطلوب لسلامة الصحة النفسية.

ويشتمل التأهيل الإجتماعى على مجموعة من النشاطات التى تهدف أيضاً إلى تعليم المعوق كيفية الإستفادة من وقت الفراغ والإنتفاع من النشاطات الترفيهية سواء كانت فردية أم جماعية مثل :

أولاً : ممارسة النشاطات الهادفة إلى زيادة السرور والشعور بالمرح مثل القراءة وممارسة الألعاب الرياضية والعناية بالبيت أو الحديقة، وحضور الحفلات وزيارة الأصدقاء وممارسة الهوايات.

ثانياً : التشجيع على الإنخراط فى النشاطات الإجتماعية عن طريق الأعمال التطوعية كما فى التدريب الرياضى، والتمريض والمشاركة فى المناقشات العامة وتقديم دروس تقوية للمحتاجين وغيرها من النشاطات التى يتقنها المعوق.

خامساً : التأهيل المهنى :

ويهدف إلى إعداد المعاق للإلتحاق بعمل مناسب جنباً إلى جنب مع غير المعوقين، أو فى أعمال لاتعرض الشخص للخطر وبعيداً عن تحمل المسئولية كما فى بعض حالات التخلف الذهنى أو الشلل المخى. وتتنوع مجالات تدريب المعوقين من الأعمال المهنية التى تمثل قمة هرم الأعمال إلى النشاطات اليدوية غير الماهرة التى تشكل قاعدة هرم الوظائف والأعمال.

وبالإضافة إلى التأهيل المهنى فإنه يتم تنمية المهارات اللازمة للعمل والمحافظة عليه أيضاً، مثل :

* العناية بالمظهر العام.
* المحافظة على مواقيت العمل.
* التدريب على تقبل تعليمات المشرفين وملاحظى الأعمال.
* إقامة علاقات طيبة مع الزملاء والمحافظة عليها.
* تحمل المسئولية.

الوسائل المساعدة على نجاح العلاج التأهيلى :

إن مستوى نجاح أى نشاط تأهيلى يتوقف على توفر مجموعة من العوامل أهمها :

أولاً : عوامل تتعلق بالعميل مثل :

١ - العمر الزمنى.

٢ - الإستعدادات العصبية من حيث القدرة على التمييز والإدراك.

٣ - الإستعدادات العصبية الحركية من حيث القدرة على الحركة، والسيطرة على مختلف أعضاء الجسم بشكل يؤثر فى البيئة، وتشمل سهولة الحركة وقوة التحمل ومتانة العضلات.

٤ - الإستعدادات الذهنية من حيث القدرة على التعلم والفهم والتفكير المجرد وحل المشكلات.

٥ - الإستعدادات النفسية من حيث القدرة على الربط بين الأحداث ومايصاحبها من إنفعالات، وتحليل المعلومات الماضية المختزنة فى شكل خبرات فى ضوء الحاضر بشكل واقعى.

٦ - العلاقات الإجتماعية : وتتمثل فى الخبرات الإنسانية ذات الصلة بالفرد وغيره من الأفراد، وفى الصداقات القائمة وتبادل المشاعر والمشاركة فى المجموعات.

ثانياً : عوامل تتعلق بالنشاطات التأهيلية:

وقد سبق مناقشتها بشئ من التفصيل فى حديثنا عن العلاج التأهيلى.

ثالثاً : عوامل تتعلق بالبيئة التى يعيش فيها الفرد :

وتتمثل فى البيئة الثقافية المحلية بكل مافيها من عادات وتقاليد وخلفيات ثقافية متنوعة، وفى البيئة الإجتماعية التى يعيش فيها الفرد بكل مكوناتها

وردود أفعالها والعوائق التى تحول بين المعوق وبين إرتياده الأماكن العامة لتحقيق الإندماج الكامل.

وهناك أسلوبان شائعان من أساليب العلاج التأهيلى ، هما :

١ - العلاج الفردى : ويتم عن طريق ملاحظة سلوك الفرد وأوجه الضعف أو القوة لديه، ثم العمل على التغلب على أوجه الضعف أو القصور عن طريق الجلسات أو النشاطات الفردية.

٢ - العلاج الجماعى : ويتم عن طريق إستخدام مجموعة من النشاطات المصممة خصيصاً لمساعدة الأفراد على التعامل مع بعض الأمور أو المشاكل التى تخصهم جميعاً من أجل تعلم أشياء جديدة أو الرفع من مستوى الأداء أو للمحافظة على مستوياتهم التى حققوها [١٤].

خدمات الرعاية الإجتماعية للمعوقين :

أولاً : الخدمات الوقائية :

هناك أهمية للخدمات الوقائية ولايمكن إغفالها عند علاج مشاكل المعوقين إذ لايمكن أن يكون للخدمات المبذولة فى هذا الميدان طابع إيجابى دون أن يمتد آثارها إلى مصادر المشكلة وجوانبها المختلفة والمتعددة لعدم تفاقمها، لهذا بادرت كثير من الحكومات لوضع لوائح وقوانين تحمى الأفراد من إصابات العمل وتوفير وسائل الأمن الصناعى كما أن إجراءات تدعيم الصحة هى وقاية غير مباشرة من حدوث الإعاقة مثل التوعية لأساليب التغذية السليمة وخدمات رعاية الحوامل والتحصن ضد الأمراض المعدية والتى تؤدى إلى معوقات جسمية وحسية مثل شلل الأطفال وكف البصر كما أن الإكتشاف المبكر لكثير من الأمراض والعلاج منها يؤدى إلى الوقاية من أى عجز ينتج عنها.

ثانياً : خدمات الحصر والتسجيل :

إن المبادرة فى إكتشاف حالات الإعاقة وتحويل المعوق فى الوقت المناسب لذوى التخصص له أهمية بالغة فى نجاح عملية التأهيل الإجتماعى للمعوقين ويتوقف إكتشاف الحالات على تنظيم عمليات الحصر والتسجيل والتحويل وتكامل مجهودات الخبراء والإخصائيين فى هذا المجال مما يساعد على تحديد حجم مشكلة المعوقين والتخطيط لها.

ثالثاً : الخدمات الطبية :

ويقصد بها الإشراف الصحى العام على المعوقين سواء من الناحية . العلاجية للعاهة أو من أى أمراض ويجب أن يكون الإشراف الصحى مستمراً ومتوافر مع الإهتمام بالعلاج الطبيعى وخاصة فى حالات الإعاقة الجسمية وتوفير الأجهزة التعويضية اللازمة.

رابعاً : الخدمات النفسية :

لاشك أن الإعاقة ذات تأثير شديد فى إضطراب الإتزان الإنفعالى للفرد ومهما كانت درجة صحته النفسية ونادراً ما ينجح المعوق فى إعادة تكيفه مع بيئته بإكتشاف الإمكانيات الباقية له وتقبل وضعه الجديد ولكن فى أغلب الحالات يعجز المعوق عن ذلك ويتضح ذلك فى سلوكه فقد ينكر أنه مصاب بمرض مايحاول إخفاء نواحى العجز والقصور أو يميل نحو العزلة والإنطواء أو يميل لحياة اللذة العاجلة أو للمبالغة والتهويل نحو إصابته. كل هذه الإستجابات الشاذة تحتاج لخدمات نفسية لتغيير نظرة المعوق إلى نفسه والإستفادة من إمكانياته الحقيقية المتبعة ولا ينجح الإخصائى الإجتماعى النفسى فى ذلك إلا بعد دراسة دقيقة لمجموعة من العناصر منها تأثير العلاقة على شخصية المعوق وسلوكه ؟ مستوى ذكاؤه وإستعداداته العقلية وإستعداده للتعاون والإستفادة من برامج الرعاية، تحديد عما إذا كان التعويق ناتج عن إصابة عضوية أم من إنحراف وظيفى أو سلوكى فقط.

خامساً : الخدمات الإجتماعية :

تبدأ هذه الخدمات بدراسة الأخصائي الإجتماعي للحالة والتعرف عليها وعلى كل مايحيط بالمعوق من ظروف بيئية ودراسية ومهنية وكيفية الإصابة بالعائق ... إلخ. ويقوم الإخصائي الإجتماعي بالعمل مع الحالات الفردية أو مع الجماعات أو التنظيمات وسنقوم بعرض مفصل عن دور الخدمات الإجتماعية في هذا المجال.

سادساً : الخدمات التعليمية :

وتهتم الخدمات التعليمية بتعليم التلاميذ المعوقين ويقوم مدرسون متخصصون في تعليم الشواذ وفقاً لنوع العاهة ويراعى في الخدمات التعليمية تكييف المناهج وطرق التدريس مع قدرات وإمكانيات المعوق.

سابعاً : الخدمات المهنية :

وهو مايسمح بالتأهيل المهني، والواقع أن التأهيل كلمة مألوفة للأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والإخصائيين الإجتماعيين وعلى الأقل من أن الجميع يتفقون على الهدف الأساسي له إلا أنهم يختلفون فيما بينهم في تعريفه ولقد ظهر رأيان في هذا الصدد الأول أن هناك فرق بين التأهيل والعلاج والآخر يرى أن التأهيل والعلاج أجزاء في عملية واحدة.

ثامناً : الخدمات التشريعية :

تصدر كافة الدول تشريعات تنظم خدمات الرعاية الإجتماعية للمعوقين مثل قانون الضمان الإجتماعي رقم ١٣٣ لعام ١٩٦٤ الذى ألزم وزارة الشئون الإجتماعية بإنشاء الهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل المهنى للمعوقين والقانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ الذى أعطى لكل معوق الحق في تدريبه مهنياً والحق في قيد إسمه بمكتب العمل وألزم أصحاب العمل بتشغيل المعوقين مهنياً في حدود ٥٪ من مجموع العاملين لديهم وصدر

القانون رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ فجمع شتات النصوص التى صدرت فى السنوات السابقة للإهتمام بكافة أوجه الرعاية للمعوقين [١٥].

وسائل التأهيل المهنى للمعوقين :

تتم عملية التأهيل المهنى عادة بإحدى الوسيلتين الآتيتين :

أولاً : مكاتب التأهيل :

مكتب التأهيل هو أبسط أداة لتنفيذ عملية التأهيل المهنى والإجتماعى وهو فى نفس الوقت أحسن الوسائل وأجدرها بالنسبة للمستفيد ذاته كما أنه أقلها تكلفة ويتكون مكتب التأهيل عادة من أخصائى إجتماعى متخصص فى التأهيل وكاتب أو عدد أكبر من الأخصائيين والكتابيين بحسب عدد الحالات الذى يخدمها المكتب المتوسط ومهمة الأخصائى فى مكتب التأهيل هى أن يستقبل المصابين بعجز أو مرض مستديم الذين يتقدمون إليه ويتحقق من أن عجزهم يمنعهم فعلاً مواصلة عمليهم الأصلى أو يمنعهم من مواصلة التعلم، ثم يستعين بالخدمات العادية الموجودة فى البيئة لفحصهم طبياً وإختبارهم نفسياً ومهنياً ثم يضع لكل منهم خطة تأهيلية التى ترسم له مستقبل حياته المهنية والإجتماعية ويشرف على تنفيذ هذه الخطة بما تشتمل عليه من تدريب مهنى فى المنشأة المناسبة ويعاون فى تشغيلهم ثم يتابعهم حتى يطمئن إلى إستقرارهم فى العمل.

وتحصل مكاتب التأهيل على هذه الخدمات عادة من البيئة عن طريق التعاقد مع العيادات الطبية والنفسية والمعاهد التعليمية وجهات التدريب المهنى وأصحاب الأعمال وغيرها نظير أجور يتفق عليها فى تلك العقود.

ثانياً : مراكز التأهيل المهنى :

يقيم فيها المعوق حيث يجد جميع الخدمات المشار إليها متوفرة داخل المركز من عيادات طبية ونفسية ومهنية وأماكن للتدريب المهنى والعلاج

الطبيعى بل قد تحتوى على مصانع خاصة بالتشغيل بعد إنتهاء عملية التدريب المهنى وهناك نوعان من المراكز :

أ - مراكز داخلية كاملة.

ب - مراكز نصف داخلية.

وكلما كانت حالة المعوق تسمح بتأهيله بنظام النصف الداخلية كلما كان من الأفضل خدمته بهذا النظام ويرجع تفضيل نظام النصف الداخلية على نظام الداخلية الكاملة لسببين هما :

١ - عدم عزل المعوقين عن بيئتهم الطبيعية عزلاً كاملاً.

٢ - إتمام عملية التأهيل فى مدة أقصر حيث لوحظ أن المعوقين الملتحقين بمراكز التأهيل كثيراً مايحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه بالبعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص فى البيئة الخارجية.

من ناحية أخرى لايجوز الإستعانة بمراكز التأهيل سواء الداخلية أو نصف الداخلية إلا إذا تعذرت الإستعانة بمكاتب التأهيل أو كانت الحالة تقتضى الإلتحاق بمركز تأهيل (داخلى أو نصف داخلى) مثل الحالات الآتية:

١ - الإصابات الجسمية التى يصعب معها إنتقال العميل يومياً أثناء عملية التوجيه المهنى أو أثناء التدريب المهنى مثل حالات الشلل النصفى أو بتر الساقين أو بتر الذراعين وإصابات القلب ... إلخ.

٢ - الحالات المحتاجة أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمرة حيث يطلب أحياناً وضع المصاب تحت المراقبة مثل حالات الصرع أو الهستريا أو يطلب الإخصائى النفسى مراقبة السلوك طول الوقت.

٣ - الحالات التى تحتاج إلى علاج طبيعى بجانب التوجيه والتدريب

المهنى ولذلك نجد أن أغلب مراكز التأهيل المهنى مشتملة على أقسام للعلاج الطبيعى.

٤ - الحالات التى تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيراً فى سبيل تنفيذ عملية التأهيل المهنى مثل معارضة الأسرة على تأهيل المعوق، أو حفزه على التسول أو الإصابات التى تحتاج إلى ظروف صحية غير متوفرة فى البيئة كحالات القلب والناقهين من الدرن وبعض حالات إصابات العضلات أو بعض الأمراض النفسية المزمنة ... إلخ، أما طلبات الإلتحاق بمراكز التأهيل المهنى بسبب الفقرة وحده فلا يجوز قبولها لأن مركز التأهيل ليس ملجأ أو مأوى للمعوقين الفقراء كما يعتقد البعض وخصوصاً وإن مراكز التأهيل تعتبر من أكثر المنشآت الإجتماعية تكلفة.وأكثرها إشتمالاً على تخصصات متنوعة.

على أن هذا لايمنع من معاونة المعوق الفقير أثناء تأهيله بمكتب التأهيل عن طريق إحالته إلى مصادر المساعدة المناسبة لظروفه مثل الضمان الإجتماعى والتأمينات الإجتماعية وهيئات البريد.

مميزات مكاتب التأهيل المهنى :

التأهيل عن طريق المكاتب أفضل منه عن طريق المراكز كما أسلفنا للأسباب الآتية :

١ - قلة التكاليف.

٢ - الصلة الوثيقة بالبيئة، حيث يشعر المعوق فى بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس، لاينتمى إلى طائفة من المعوقين لها نظامها الخاص فى التعليم والتدريب والترفيه ... إلخ وبذلك يحتفظ بكيانه وإحترامه وتقديره لنفسه.

٣ - فرص التوجيه المهنى أوسع، حيث يتسنى إختيار أقرب المهن إلى قدرات العميل.

٤ – سهولة التدريب حيث تتوفر فى البيئة العادية إمكانيات التدريب فى كافة مجالات العمل والمعاهد الدراسية.

٥ – سهولة تغيير الأخصائيين (مثل الأطباء والنفسيين والإجتماعيين) عن طريق التعاقد مع آخرين، بينما يستحيل على المركز إستبدال موظفيه.

٦ – سهولة التشغيل بعد إتمام التدريب، حيث يتعرف العميل على فرص العمل وعلى أصحاب الأعمال أثناء تدريبه فى البيئة العادية [١٦].

المبادئ الأساسية فى التأهيل المهنى :

أولاً : أبعاد شخصية الإنسان :

شخصية الإنسان وحدة متكاملة متعددة الأبعاد بمعنى أنها تتفاعل مع البيئة كل وتتكون أبعادها الأساسية من :

١ – الصفات البدنية والجسمية وتتكون من :

أ – أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الهضمى والجهاز التنفسى والجهاز الدورى، والجهاز التناسلى، والجهاز العصبى، والغدد المختلفة.

ب – الحواس كالسمع والبصر، والشم، والتذوق، واللمس.

٢ – الصفات العقلية والنفسية وأهمها :

أ – القدرات العقلية كالذكاء العام والمواهب والقدرة على الربط والتخيل والتسلسل المنطقى والتذكر. والحكم ... إلخ.

ب – الحالات الإنفعالية أو المزاجية.

جـ – محتويات اللاشعور وماكبت فيه وعلاقته بالمشاكل التى تواجه الفرد.

٣ – الميول والخبرات السابقة.

٤ – ظروف البيئة وأثرها على الشخصية وتتمثل فى الأسرة والعمل والأصدقاء والأقارب والنوادى ... إلخ.

ثانياً : الميول لاتدل على قدرات :

من الأخطاء الشائعة إعتبار الميول أساساً لصلاحية الفرد للمهنة، بحيث تتوقع نجاحه فى أى مهنة يميل إليها إذا ما أعطى التدريب المناسب، والحقيقة خلاف ذلك، فقد يميل شخص ما إلى مهنة معينة ثم يكتشف أنه لايصلح لها على الإطلاق مهما نال من التدريب والتعليم، بل ربما يتكشف أنه لايمل إليها أصلاً لأن الميل لايخرج عن كونه عاطفة تكونت من تكرار مواقف محببة إلى الإنسان ترتبط بالشئ الذى مال إليه.

ثالثاً : أساس التوجيه المهنى هو القدرات وليس العاهات :

العاهات الظاهرة ليست مقياساً للقدرة أو العجز، وإنما المقياس الصحيح هو ماتبقى للشخص من قدراته بعد إصابته بالعمى، ولذلك كان من الخطأ تحديد مهن وأعمال معينة تناسب كل عاهة، فمن الخطأ أن تقول أن كل مكفوف يصلح للمهن الآتية .... مثلاً، أو أن تأهيل المبتورين يرتبط بمهن لها وهكذا.

ولكن يمكننا على العكس أن نقول أن المكفوفين لايصلحون لمهن معينة، وهى المهن التى تحتاج حتماً إلى الإبصار ثم بعد ذلك تختار لكل مكفوف من بين المهن الباقية مايتفق مع صفاته الشخصية (قدراته البدنية والعقلية وخبراته ثم ميوله).

رابعاً : مراعاة فرص العمل فى البيئة :

لاتقتصر عملية التأهيل المهنى على ملاءمة قدرات الفرد لمطالب مهنة معينة يوجه إليها، ثم يدرب عليها ويتقنها، وإنما قد نكتشف بعد إعداده للمهنة إعداداً كاملاً أن تلك المهنة كاسدة فى سوق العمل، ولذلك يجب أن يكون إختيارنا للمهنة مقصوراً على المهن الرائجة أو المتوقع رواجها عند إستكمال تدريب المعوق عليها، وبعبارة أخرى يجب أن يلم القائمون بالتأهيل

المهنى إلماماً كاملاً بفرص العمل الفعلية فى البيئة المحلية ويتابعون حالتها من حيث الرواج أو الكساد بإستمرار[١٧].

خطوات التأهيل المهنى :

١ - مرحلة الحصر (إكتشاف الحالات) :

لكى يتمكن التأهيل من تحقيق أهدافه ينبغى على القائمين به تحديد حجم المجتمع المحتاج لهذه الرعاية، ومن ثم ينبغى حصر حالات المعوقين سواء كانت أسباب الإعاقة وراثية جينية، أو بيئية مكتسبة ثم تصنيفها بهدف مواجهة إحتياجات كل فئة بالرعاية التى تلزمها، أو الإهتمام النوعى بها.

وينبغى أن تكون الجهات المختصة بالتأهيل المهنى على صلة وثيقة بالمستشفيات، وإدارات أو أقسام تسجيل المواليد بمكاتب الصحة وأماكن تسجيل إصابات العمل بمؤسسة التأمينات الإجتماعية، وذلك لإكتشاف حالات الإعاقة فى وقت مبكر، كى لايترك المعوق فترة طويلة بعاهته فيكتسب بعض الميول والعادات غير السوية، كأن يلجأ إلى إستغلال عاهته فى إستدرار العطف والتسول، أو يفقد الثقة بنفسه فيلجأ إلى الإستسلام واليأس أو يحاول الهروب من عاهته فيدمن المخدرات أو يقدم على الإنتحار أو غير ذلك من السلوك غير السوى.

٢ - مرحلة الإعداد الجسمى :

وتتضمن هذه المرحلة

أ - إتمام خطة العلاج الطبى، سواء كان ذلك عن طريق الجراحة أو العقاقير الطبية، أو العلاج الطبيعى لتدريب بعض العضلات أو المفاصل لإستعادة مرونتها، وهو من أهم الوسائل التى تساعد المريض على إستخدام عضلاته المعطلة، ولا تبدأ عملية التأهيل المهنى إلا بعد إنتهاء العلاج الطبى تماماً، والتأكد من أن حالة العجز أصبحت مستقرة وثابتة إلى حد كبير.

ب - العلاج بالعمل، ويقرره الطبيب بالإشتراك مع الأخصائى الإجتماعى حيث يمارس المريض نوعاً من النشاط أو الهواية ذات الصبغة الإنتاجية أثناء فترة العلاج، والغرض من ذلك تدريب المريض على القيام بحركات معينة تفيد خطة العلاج من جانب، وإستغلال وقت الفراغ بأسلوب مثمر، وصرف المريض عن التفكير فى عاهته، وتحسين حالته النفسية، ورفع روحه المعنوية بوجه عام مما يكون له أثر كبير فى التعجيل بالشفاء من جانب آخر.

ورغم أن العلاج بالعمل يشترك مع العلاج الطبيعى فى تعويد المعوق على الإتيان بحركات معينة تفيد خطة العلاج، أو تدريب بعض العضلات والمفاصل لإستعادة ليونتها، إلا أنه - العلاج بالعمل - يتميز بإعادة ثقة المعوق فى ذاته وإشباع حاجة إثبات الذات والقدرة على العطاء والإنتاج والكسب.

جـ - التدريب على إستخدام الأجهزة التعويضية المختلفة كالأطراف الصناعية أو أجهزة السمع أو الأحزمة، وتعتبر هذه الخطوة من العمليات الفنية الهامة بالنسبة للمعوقين من ذوى الأطراف المبتورة والمصابين بشلل الأطفال.

٣ - مرحلة البحث الإجتماعى :

وهذه المرحلة تعنى إجراء دراسة تشمل جميع الأحوال الإجتماعية للمعوقين فتشمل الدراسة بيانات عن الإعاقة : مثل أسبابها، ونوعها، وشدتها أو درجتها والظروف التى وقعت فيها الإصابة والآثار الإجتماعية والنفسية التى نشأت عن العاهة.

كما تشمل الدراسة بيانات عن العلاج الطبى : مثل المؤسسات العلاجية المختلفة التى قامت بعلاج المعوق، ووسائل وأساليب العلاج التى اتبعت فى علاجه.

وأيضاً تشمل الدراسة بيانات عن العمل : مثل العمل أو الأعمال التى كان يمارسها المعوق قبل الإصابة، والأجر الذى يتقاضاه والمستوى الدراسى الذى بلغه، وأيضاً درجة إستقراره بالدراسة ومستوى تحصيله، وعلاقته بالمدرسين والمدرسة قبل وبعد العاهة فى حالة إذا كان المعوق طالباً.

كما تشمل الدراسة شخصية المريض : من حيث مدى نضجه الإنفعالى، وإعتماده على نفسه، ودرجة الإتكالية أو الإنطواء أو العدوانية التى خلفتها الإعاقة وأثر سلوكه فى علاقاته الإجتماعية داخل الأسرة وخارجها وأثر عوامل البيئة الخارجية فى سلوكه كأن يكون سبباً فى تشرده أو إنحرافه، ورأى المعوق فى الأعمال التى يرغب فى التدريب عليها، وكذلك إستعداداته وإمكانياته التى يمكن الإستفادة منها فى عمليات التأهيل.

كما تشمل الدراسة أيضاً على بيانات أسرة المعوق : حيث يقوم الأخصائى الإجتماعى بدراسة علاقة المعوق بأفراد أسرته والمشكلات الإجتماعية التى نجمت عن العاهة، والمستوى الإقتصادى للأسرة وأثر العاهة على مواردها المالية، وإتجاهات الأسرة نحو المعوق، ونوع المشكلة التى تعامله بها الأسرة، ورأى الأسرة فى الإعاقة، ومشروعاتها فى المستقبل قبل المعوق، وأيضاً يهتم الإخصائى الإجتماعى فى هذه الدراسة بإمكانيات التدريب، والمؤسسات المختلفة التى يمكن أن تساهم فى تيسير التدريب ووسائله وأدواته، كمراكز التدريب المهنى، أو مؤسسات التدريب المهنى، أو إمكانية التدريب فى بعض المصانع بالمجتمع المحلى أو بمنزل المعوق، وكذلك الموارد المادية التى يمكن توفيرها لمعاونة المعوق، وأسرته أثناء فترة التدريب من جانب، أو لتدبير الأجهزة التعويضية أو أدوات التدريب من جانب آخر.

٤ – مرحلة الإختبار النفسى :

وتهدف هذه المرحلة إلى التعرف على شخصية المعوق من حيث ميوله وإتجاهاته الشخصية، وإستعداداته النفسية، وقدراته العقلية، وذلك عن طريق الإختبارات النفسية، بحيث يمكن التعرف على إمكانيات المعوق، والعمل

على إستغلالها بأقصى قدر ممكن في عمليات التأهيل المهنى، كما ينبغى التعرف على المشكلات النفسية التى يعانى منها المعوق، سواء كانت هذه المشكلات تمتد جذورها إلى ماقبل الإعاقة، أو كانت من نتاج الإعاقة، وتحتاج إلى مساعدات علاجية.

وتعتبر مرحلة الإختبار النفسى من المراحل الهامة فى عمليات التأهيل لما تخلقه العاهة أو الإعاقة من عوامل نفسية تؤثر على شخصية المريض من جانب وعلى علاقاته الإجتماعية من جانب آخر، وعلى تقبله لمهنته قبل الإعاقة أو ما بعدها من جانب ثالث، وعلى ماتقدم أو إستكمال خطة العلاج وعدم إنتكاس المعوق من جانب رابع، وأخيراً لأن المعوق إنسان قبل كل شئ وينبغى العمل على إعادة توازنه من الناحية الإنسانية.

٥ - مرحلة التوجيه المهنى :

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق إلى أنسب المهن التى تتفق وإستعداداته وقدراته وإمكانياته وطبيعة عجزه وحالته الصحية بشرط أن تكون هذه المهنة ضمن المهن التى تتوافر فيها فرص العمل فى المجتمع وتتضمن . عملية التوجيه المهنى تطبيق النظرة التكاملية للفرد عن طريق عمل الفريق حيث يقوم الطبيب بالإشتراك مع أخصائى التدريب والأخصائى النفسى والأخصائى الإجتماعى والأخصائى المهنى بإستعراض مايمتاز به الفرد من قدرات بدنية خاصة وإستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصية ومعلومات وخبرات ثم مقارنة تلك القدرات والإستعدادات والخبرات بما تتطلب عملية الأداء فى المهن المختلفة ومن ثم إختيار أنسب المهن لحالة المعوق وتوجيهه إليها ويشترك أعضاء الفريق فى هذه العملية كل بمجال إختصاصه متعاونين فيما بينهم لتحقيق الهدف المنشود.

فيقوم الطبيب بإعداد تقرر عن أجهزة المعوق البدنية وحواسه التى بقيت لديه بعد الإعاقة كالجهاز العصبى والعضلى وقوة الإبصار وحالة السمع ... إلخ. ويضع توجيهاته وإرشاداته الواجب مراعاتها عند إختيار المهنة المناسبة للمعوق.

ويقوم الأخصائى النفسى بقياس نسبة ذكاء المعوق والميول والقدرات الخاصة والحالة المزاجية والإنفعالية ويضع بدوره إرشاداته ونصائحه فى إختيار المهنة المناسبة التى يوجه المعوق إليها.

وكذلك يقوم الإخصائى الإجتماعى بدراسة الظروف الإجتماعية للمعوق ومستواه العملى وخبراته العلمية وحالته الإقتصادية وعلاقاته الأسرية من جانب وعلاقته بالبيئة من جانب آخر ثم يضع إرشاداته وتوجيهاته فى إختيار المهنة الملائمة لظروف المعوق الإجتماعية.

وأخيراً يقوم الأخصائى المهنى بدراسة مدى صلاحية المعوق للمهن السائدة فى المجتمع فى ضوء فرص العمل المتوافرة وفى حدود ما أسفرت عنه تقارير باقى الأخصائيين.

وبعد مناقشة حالة المعوق يمكن تحديد نوع المهنة أو العمل الذى سيوجه إليه المعوق وتقرير مايحتاج إليه من تدريب ومن هذا التدريب وجهة التدريب إمكانية العمل.

٦ - مرحلة التدريب المهنى :

تهدف هذه المرحلة إلى تدريب المعوق على المهارات اللازمة لتأدية العمل أو المهنة التى أختيرت له وتم توجيهه إليها ويتم التدريب عادة بمراكز التدريب المهنى بالنسبة للمعوقين لأقل من ١٩ سنة، كما تقوم هيئات التأهيل المهنى بإنشاء مؤسسات داخلية لتأهيل الأطفال حتى سن ١٨ سنة تلحق بها فصول دراسية وورش للتدريب على بعض الأعمال أو الحرف بالإضافة إلى الرعاية النفسية والإجتماعية وأحياناً يكون التدريب بالمنزل لمن يجد صعوبة الإنتقال إلى مركز التدريب المهنى وإذا ما توافرت الخامات والأدوات اللازمة لديه وتصرف أحياناً مساعدات إليه أثناء فترة التدريب بناءً على توجيهات الأخصائى الإجتماعى لتغطية نفقات الإنتقال أو مساعدة الأسرة ومن ثم فإن مرحلة التدريب المهنى تستلزم إستجابة العميل المعوق ذاته لتنفيذ خطة التأهيل المهنى بنجاح.

وقد يحتاج المعوق إلى تدريب على نوع معين من الأعمال يكسبه مهارة خاصة تفيده مستقبلاً على أداء عمل لحسابه الخاص أو لحساب الغير وفى هذه الحالة تتعاقد هيئة التأهيل مع جهة التدريب سواء كانت معهداً دراسياً أو منشأة صناعية أو تجارية أو غيرها.

٧ - مرحلة التشغيل أو التخديم :

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق بعد إستكمال عملية التدريب المهنى نحو العمل الذى يتفق عليه مع ماحصل عليه من تدريب سواء فى المصانع أو الشركات أو الورش أو المنزل وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على عدة عوامل من بينها.. مدى توفر فرص العمل الملائمة ومدى توافر التشريعات القانونية وإلزام المؤسسات والشركاو المصانع بتشغيل المعوقين ودرجة الوعى فى المجتمع والإعتقادات السائدة بين المصانع والشركات وأصحاب الأعمال حول ضعف كفاءة أداء المعوقين علماً بأن الدراسات قد أثبتت أن المعوقين الذين يجتازوا مرحلة التدريب المهنى يتقنون أنواعاً من الصناعة . والحرف أفضل من إتقان العاديين لها الأمر الذى جعل مصانع الأسلحة والذخيرة بالولايات المتحدة الأمريكية بإسناد عملية مراجعة الخطوات النهائية فى مواسير المدافع والبنادق وغيرها من ناحية النعومة أو الإسواء والدوائر الحلزونية (الششخانات) للمكفوفين نظراً لشدة حاسة اللمس لديهم هذا بالإضافة إلى بعض الأعمال التى يتفوق فيها المكفوفين مثل عمليات التغليف النهائية فى المصانع والعمل فى الشبكات التليفونية.

ولقد حمت مصر أبنائها من خلال التشريعات القانونية، حيث ألزم قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ جهات وأماكن العمل التى يزيد عدد العاملين بها عن خمسين عاملاً، بتخصيص فرص عمل بنسبة ٥٪ من مجموع العاملين بها، للمعوقين الحاصلين على شهادات التدريب من مراكز . التأهيل المهنى.

٨ - مرحلة التتبع :

وتهدف هذه المرحلة إلى تتبع المعوق، ومتابعة نشاطه فى عمله الجديد للتأكد من تكيفه وإستقراره، وذلك عن طريق دراسة درجة تكيفه مع العمل، وفى علاقاته الإجتماعية مع زملائه فى مجال العمل، والتعرف على المشكلات التى قد تعترضه فى مجال عمله، وفى أسرته، أو بيئته المحلية عند بدء ظهورها، حيث أنه فى بعض الحالات يجد المعوق بعض الصعوبات فى القيام بالعمل المدرب عليه فينتابه الإحباط أو قد تسوء علاقاته بصاحب العمل، أو قد لايكون الأجر مجزياً أو يكون العمل مجهداً ولذلك فإن وجود الأخصائى الإجتماعى إلى جانب المعوق فى هذه المرحلة يساعده فى التغلب على مشكلاته أولاً بأول.

ومن ذلك يتضح أن عملية التأهيل المهنى للمعوقين، عملية ديناميكية متخصصة تتضافر فيها جهود الطبيب، وأخصائى العلاج الطبيعى، وأخصائى التدريب، والأخصائى الإجتماعى، والأخصائى المهنى بصورة متكاملة ومتناسقة يعملون معاً بروح الفريق، ومحور العمل هو المعوق نفسه، والذى لابد وأن يشترك فى كل خطوات التأهيل، تحقيقاً لمبدأ ديمقراطية التأهيل، واضعين فى الإعتبار أنها عملية مستمرة. تبدأ مع الفرد منذ إنتهاء المرحلة العلاجية، وثبوت الإعاقة حتى عودته إلى المجتمع مرة أخرى، عضواً بناءاً، يستطيع أن يعيش حياته معتمداً على ذاته دون معاناة.

وبذلك تصطبغ فلسفة التأهيل بطابع إقتصادى وإجتماعى شامل، وهى ما تهدف إليه جهود التنمية الشاملة، لتحقيق رفاهية الفرد من جانب، ورفاهية المجتمع من جانب آخر (١٨).

مراجع الفصل الثامن

١ - عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ص ٣٠٩ - ٣١١.

٢ - محمد مصطفى، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، ١٩٩٧، ص ٢٦٥.

٣ - عطيات ناشد، وآخرون، المرجع السابق، ص ص ٢٩٧ - ٣٠٠.

٤ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السعيد، مرجع سابق، ص ص ٢٧٥ - ٢٧٨.

٥ - إقبال بشير، سلوى عثمان الصديقى، محاضرات فى الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيلية، المكتب التجارى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص ١٧٣.

٦ - إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص ص ٣٥٣ - ٣٥٤.

٧ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، مرجع سابق، ص ص ٢٨٠ - ٢٨١.

٨ - عبد الله عبد الرحمن، سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين فى المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ١٥٣.

٩ - عبد المحيى محمود صالح، الممارسات المهنية فى المجال الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ١٩٣.

١٠ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، مرجع سابق، ص ص ٢٨١ - ٢٨٢.

١١ - محمد سيد فهمى، السلوك الإجتماعى للمعوقين، دراسة فى الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص١١٨.

١٢ - عبد الله عبد الرحمن، مرجع سابق، ص ص ١٠٩ - ١٦١.

١٣ - عبد المحيى محمود صالح، مرجع سابق، ص ص ٢٨٠ - ٢٨١.

١٤ - رمضان محمد القذافى، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ١٩٩٣، ص ص ٦٦ - ٧١.

١ – عبد المحيى محمود صالح، مرجع سابق، ص ٢٨٤.

١ – إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٢، ص ص ٣٣ – ٣٦.

١ – إسماعيل شرف، المرجع السابق، ص ص ٢٥ – ٢٨.

١ – وحول خطات التأهيل المهنى انظر كل من :

– محمود حسن محمد، مقدمة الرعاية الإجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٩، ص ٦٨٥.

– إبراهيم عبد الهادى المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية، المرجع السابق، ص ص ٣٧٤ – ٣٨٣.

– إقبال بشير وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٩، ص ص ٢٦١ – ٢٦٤.

الفصل التاسع
الخدمة الإجتماعية وتأهيل المعوقين

تقديم

- مفهوم الخدمة الإجتماعية للمعوقين.
- وظائف الخدمة الإجتماعية فى مجال الإعاقة.
- دور خدمة الفرد مع المعوقين.
- دور خدمة الجماعة مع المعوقين.
- دور تنظيم المجتمع مع المعوقين.

المراجع.

ومن بين الملامح المميزة لبرامج الرعاية الإجتماعية التى تقدم من خلال المؤسسات والهيئات المختلفة، أنها تقدم عن طريق متخصصين، ولاتكاد تخلو مؤسسة من المؤسسات الإجتماعية من وجود ممارس (أخصائى إجتماعى) أو أكثر تسند إليه مسئولية العمل المهنى المتخصص، والممارس المهنى هو الأخصائى الإجتماعى المؤهل علمياً ونظرياً فى المعاهد أو المدارس المتخصصة لتعليم الأخصائيين الذين يمكن أن نطلق عليهم اسم Social Workers Professional تمييزاً لهم عن غيرهم من العاملين فى ميادين الرعاية الإجتماعية من متخصصين فى علم النفس والإجتماع والتربية ... إلخ.

ويستخدم الممارس المهنى فى الخدمة الإجتماعية القواعد المعرفية التى حصل عليها أثناء إعداده وتدريبه، كما يستخدم المهارات وأساليب العمل الملائمة مع العملاء من خلال إعداده المهنى. ويعتمد فى عمله على مجموعة من القواعد والمبادئ التى ترتبط فى جزء منها بالممارسة وفى الجزء الآخر بقيم المهنة وأخلاقياتها، ويستخدم ذلك كله لفهم العملاء ومشكلاتهم وإشباع حاجاتهم [٣].

مستويات الممارسة المهنية فى مجالات الإعاقة :

يمثل المستوى المهنى علامات للإرشاد، ترسم بدقة مايمكن قبوله مهنياً فهى ترسم أقل مستوى مطلوب للممارسة المهنية.

ويتحدد محتوى الممارسة من خلال جوهرها، بينما تتحدد عمليات الممارسة من خلال فعل الممارسة ذاتها، فالمحتوى فى ممارسة الخدمة الاجتماعية يشمل مادة الحالة التى تقدم فهمها لهذه الحالة وفكرة عن الأفعال المناسبة التى يجب أن يقوم بها الأخصائى الإجتماعى. وتمثل الجوانب النفسية الاجتماعية أو الشخص فى موقف – أنواع المحتوى الذى تتركز حوله تدخلات الأخصائى الإجتماعى. بينما عمليات الممارسة فى الخدمة الاجتماعية تشير إلى كيفية تأدية الممارسين لعملهم الفعلى. ومن الناحية المثالية، تشتق هذه العمليات من خلال المعرفة بالحالة والتفاعل مع محتواها.

ويشير «بين وهوايت» Pein and White إن الممارسة تتم من خلال التعاون بين اليد اليمنى واليد اليسرى ويقصد بهما المحتوى والعملية.

ويمكن تحديد مستويات الممارسة المهنية مع المعوقين فى خمسة مستويات كالآتى :

- **المستوى الأول** : وهو يشير إلى أنه يجب أن يكون لدى الأخصائى الإجتماعى خلفية معرفية عن الأنواع المختلفة للإعاقة، وتشمل هذه الخلفية معرفة بعلم أسباب وأنواع الإعاقة ونظريات النمو والتطوير، وفهمها لديناميات الأسرة وأنواع الدعم المطلوبة لإثراء وظيفة العميل ومعلومات عن إمكانيات وقدرات المعوق.

- **المستوى الثانى** : يجب أن يستند الإخصائيون الإجتماعيون فى عملهم على مجموعة من المبادئ العامة والتى تتعلق بالإعاقات المختلفة، وتشمل الإهتمام بتقديم العون والمساعدة لكل معوق والمحافظة على إمكانياته وقدراته الخاصة.

- **المستوى الثالث** : وهو يشير إلى إتجاه الإخصائيين الإجتماعيين نحو إجراء البحوث والتجارب المختلفة والتى تحد وتقلل من حدوث الإعاقة. وهو مايمثل المستوى الوقائى فى ممارسة الخدمة الإجتماعية.

- **المستوى الرابع** : يجب أن يمثل الأخصائيون الإجتماعيون كأعضاء فى فريق متضامن مع أخصائيين مختلفين من العلوم الأخرى لمواجهة الإحتياجات المختلفة للمعوقين.

- **المستوى الخامس** : وهو يشير إلى دور الإخصائى الإجتماعى فى التعرف على برامج الرعاية الصحية والخدمات القائمة بالمجتمع المحلى والتى تقدم للمعوقين والمساهمة فى التخطيط لما يمكن تقديمه لهم.

وهناك مجموعة من الأسس التى يستند عليها الأخصائى الإجتماعى فى عمله مع المعوقين :

١ - يجب أن يدرك أنه كما أن للناس حاجات إنسانية مشتركة، فإنه لكل فرد فرديته وحاجته الخاصة، ولذلك عليه معرفة أن لكل فرد مشكلاته الخاصة وأن هذه المشكلات ليست وقفاً على الشخص المعوق وحده، بل أنها عامة قد يقابلها العاديون أنفسهم. وعليه ألا يتعامل مع هؤلاء بطريقة تختلف عن الطريقة التى يتعامل بها مع العاديين، وكل ماهنالك أنه ينبغى أن يتعرف على الصفات المميزة للمعوق الذى يعمل معه، وكذلك مدى إمكانياته وقدراته التى تتفق مع ظروفه الخاصة. وحيث أن مدلول الإعاقة يختلف من فرد لآخر، فإنه يجب على الأخصائى أن يتعامل مع المعوق على أساس مايتأثر به نتيجة إعاقته وظروفه الخاصة.

٢ - يجب على الإخصائى الإجتماعى أن يقدر المستويات البدنية والصحية للمعوق الذى يعمل معه وأن يعاونه وفقاً لقدراته البدنية والصحية. وذلك يتطلب منه إبتداع ألوان من النشاط التى تتلائم مع درجة إعاقة وقدرات الفرد.

٣ - ينبغى على الإخصائى الإجتماعى ضرورة الإتصال الدائم بوالدى الفرد المعوق حتى يستطيع تعريفهم بقدرات وإستعدادات طفلهم المعوق ليصبحوا أكثر قدرة على المساهمة فى تأهيلية وخدمته داخل الأسرة.

٤ - ينبغى على الإخصائى أن يكون له دور فعال فى إطار الخدمات الأساسية التى تقدمها المؤسسة للمعوقين فى مراحل العلاج والتدريب والتشغيل.

٥ - يجب عليه أن يصمم برامج متنوعة للمعوقين ويشجعهم على الإشتراك فيها كلما أمكن ذلك.

٦ - ينبغى عليه أن يستفيد من كافة الإمكانيات الموجودة بالبيئة المحيطة بالشخص المعوق وذلك لدعم وتطوير البرامج المقدمة له.

دور الإخصائى - كعضو فى فريق العمل - مع الطفل المعوق :

يقصد بالعمل الفريقى Team Work ذلك العمل الذى يشترك فيه عدد من المهنيين ذوى التخصصات المختلفة بقصد مناقشة موضوع أو موضوعات معينة، بحيث تنصهر فى وحدة واحدة تنتهى بإتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التى يتفق عليها الجميع.

والعمل مع الأفراد غير العاديين يتطلب عمل الفريق والتعاون فى سبيلهم، وأن تكون القرارات الهامة فى تاريخ الفرد، قرارات جمعية لصالحه.

ويرى المؤيدون لإتجاه عمل الفريق أن التشخص الجيد والعلاج المناسب للأفراد غير العاديين يتطلب جهود تخصصات متعددة. فالمعلومات الجزئية التى يقدمها الأخصائيون إلى الآباء والأمهات أو إلى المربين لا تحقق التكامل بين مختلف النتائج الطبية والإجتماعية والسيكولوجية والتعليمية فى كل واحد متناسق وفعال. ومن ناحية ثانية فإن المدرس أو الأخصائى أو غيرهم من المهنيين لا يستطيعون أن يأخذوا هذه التقارير المتفرقة عن المعوق ويحققوا التكامل بينهما بسهولة بحيث يترجموا مثل هذه النتائج إلى برنامج يتميز بالشمول، فالأمر يحتاج إذن إلى جهد منسق بين جميع المهنيين لتوفير أفضل البرامج ملائمة لغير العاديين.

ويسير العمل الفريقى على أسس أساسية أهما:

١ - إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته وتخصصه إدراكاً واضحاً لمسئولية وظيفته الرئيسية.

٢ - إحترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.

٣ - إدراك كل عضو لكيفية الإستفادة من الأعضاء الآخرين.

٤ - إتاحة الفرصة لكل عضو لأبداء رأيه وتوضيح دوره فى كل حالة فردية.

٥ - أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الإحترام المتبادل.

ويمكن حصر دور الأخصائي الإجتماعي مع أعضاء الفريق في تعريفهم بالآتي:

- مدلول الإعاقة بالنسبة للمعوق وأسرته.
- العوامل الإجتماعية والنفسية المصاحبة للإعاقة.
- توضيح إمكانيات الأسرة والبيئة للتعاون مع المعوق بما يحقق له أفضل السبل لمقابلة إحتياجاته المختلفة (٤).

أولاً : دور أخصائي خدمة الفرد مع المعوقين:

يمكن حصر مسئوليات وجهود الأخصائي الإجتماعي في مجال الإعاقة في ثلاث نواحي رئيسية هي: مسئوليات التنظيم الداخلي، ومسئوليات نحو المجتمع. ومسئوليات فنية نحو المعوقين، وسأوضح كلاً من هذه المسئوليات بإيجاز:

(أ) مسئوليات التنظيم الداخلي :

الإخصائي الإجتماعي في مجال المعوقين مسئول أمام رؤسائه من الناحيتين التأهيلية والإجتماعية على عمله الفني، وهو أيضاً مسئول عن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية المستشفى أو المؤسسة الطبية تنظيماً يضمن وجود الأمكنة لمقابلة المعوقين بحيث تكفل سرية المعلومات كما يجب أن يعمل على تنظيم الأعمال الكتابية بما يسهل عملية التسجيل وحفظ سجلات المعوقين كما له الحق في إبداء الرأى في تنظيم العمل بالعيادة، وإعداد الوسائل التي تتحكم في نظام حضور المعوق كنظام عمل المواعيد ونظام القيد والتحويل والتتبع.

(ب) مسئوليات نحو المجتمع :

وهذه المسئوليات تتلخص في تنبيه المجتمع إلى وجود قسم للخدمات الإجتماعية التأهيلية لكي تحول إليه الحالات المستحقة لخدماته، كما أنه على الأخصائي الإجتماعي أن يتعاون مع المصادر البيئية في المجتمع تعاوناً يكفل للمعوقين الحصول على المساعدة المحتاجين إليها والتي تمنحها هذه

المصــادر.

وقد يكون من المستحسن أن يحتفظ بسجل لأسماء جميع المعوقين الذى يلجأون لقسم الخدمة الاجتماعية للحصول على خدمات عامة أو خاصة إذ أن هذا يسهل عملية متابعة المعوق، كما ييسر مهمة البحوث التى يجب أن يقوم بها قسم الخدمة الاجتماعية من آن لآخر لقياس مدى نشاطه ومعرفة نواحى القوة والضعف فى نظمه وخدماته وذلك لتعديل سياسته وإضافة أنواع جديدة من الخدمات غير الموجودة والضرورية لخدمة الحالات.

وقد يجد الإخصائى الإجتماعى الطبى أن من واجبه تزويد جماعات المعوقين بألوان من الثقافة الخاصة التى ترتبط بإعاقاتهم، ويمكنه أداء هذا الواجب عن طريق محاضرات تنظم لجميع المعوقين على أن يقوم بإلقاء المحاضرات أطباء موثوق بهم كل فى مجال تخصصه وذلك لكى تكون لآرائهم إستجابة وقبول فى نفوس المعوقين.

(جـ) مسئوليات فنية خاصة بالمعوقين :

أما المسئوليات الفنية فهى أساس عمل الإخصائى الإجتماعى، وهو يقوم بتأدية الواجبات الأخرى لكى يهيئ لعمله الفنى فرصة الإفادة الكاملة دون أن تتعبثر جهوده فى ثنايا نظام إدارى أو داخلى غير محكم، وتتلخص جهود الإخصائى الإجتماعى الفنية فى تقديم خدمات فردية لمن هم فى حاجة إليها سواء كانت هذه الحاجة مادية أو بيئية أو وجدانية، كما يجب أن يعمل على إيجاد وسيلة مجدية لاكتشاف الحالات الفردية المحتاجة إلى عناية خاصة.

ويمكن حصر بعض الوظائف الفنية للإخصائى الإجتماعى الطبى فى المسئوليات الآتية:

١ - شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو التأهيلية ودور كل من الفنيين فيها.

٢ - بحث التاريخ الخاص بالإعاقة لمساعدة الطبيب وتوجيهه فى عمليات الفحص والتشخيص ورسم خطة محكمة للعلاج.

٣ - دراسة التاريخ الإجتماعى للمعوق إذا كان في حاجة إلى عون فردى أو إذا كانت هناك عقبات تعترض العلاج.

٤ - إعداد المعوق لتقبل بعض أنواع الإختبارات الطبية التى تضايقهم وتزعجهم وتثير مخاوفهم لو لم يسبقها شئ من التمهيد والشرح لطريقتها وغرضها فى الفحص أو فى العلاج.

٥ - تفهم المعوق حقيقة إعاقته (إذا لم تزعجه) وتوضيح معنى الإصطلاحات الطبية التى تخيفه، ومعاونته فى تنفيذ الخطة العلاجية بدقة.

٦ - إكتشاف الصورة الديناميكية للحقائق والعلاقات الهامة المتعلقة بموقف المعوق والتى يمكن أن تؤثر فى تشخيص المرض وعلاجه وموعد خروج المعوق من المستشفى ومتابعة رعايته خارجياً.

٧ - تحويل المعوقين وأسرهم إلى المؤسسات الإجتماعية والطبية الخارجية التى يمكنها أن تقدم لها ألواناً من المساعدات المناسبة المرغوبة فى موقفهم.

٨ - إعداد وحفظ السجلات الإجتماعية للمعوقين.

٩ - إعداد الشهادات والتقارير الطبية التى تكون ذات قيمة خاصة فى تسهيل نيل المعوق وأسرته لمساعدات معينة، أو لتيسير إسترداد المعوق لوظائفه فى المجتمع بعد تمام الشفاء.

١٠ - وكثيراً مايقوم الإخصائى الإجتماعى بعمل أبحاث إجتماعية خاصة للمعوق فى المستشفى أو المؤسسة التأهيلية التى يعمل بها حتى يمكنه تقدير مايلزمه من خدمات إضافية وحتى يدرك مدى إستفادة المعوق من قسم الخدمة الإجتماعية، وغالباً مايستعين الأطباء بالإخصائيين الإجتماعيين فى إستكمال بعض البحوث الطبية بحصر العوامل الإجتماعية الأسرية والبيئية المؤثرة فى المعوق.

١١ - قد يؤدى الإخصائى الإجتماعى فى مجال التأهيل واجبات أخرى مثل تدريب طلبة الخدمة الإجتماعية، وتوجيه نظر طلبة الطب إلى أهمية العوامل الوجدانية والإجتماعية والبيئية فى الإعاقة مع عرض بعض الحالات التى توضح أهمية هذه العوامل.

١٢ - وعليه أيضاً أن يساعد الممرضات فى فهم أهمية العوامل الوجدانية والإجتماعية فى الإعاقة وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائم والمؤقت التى يبديها المعوق، وإذا كان للمعوق موقف شاذ يحتاج إلى معاملة من لون خاص شرح الإخصائى الموقف للمرضات المتعاملات معه وساعدهن على تقبله ورسم خطة معاملته.

١٣ - من واجبات الإخصائى تناول بيئة المعوق بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل إتجاهات الأقارب أو بإحداث مايلزمه من عوامل خاصة، وإستغلال الموارد البيئية لصالحه فى فترة النقاهة وبعد تمام الشفاء كمؤسسات التشغيل.

١٤ - ومن مسئولياته أيضاً تمييز الحالات المحتاجة التى تتبع بعد ترك مكتب التأهيل ورسم خطة التتبع الإجتماعى والتأهيلى.

دور الإخصائى فى معاونة المعوق على التمييز:

وكثيراً مايحب المعوقين التحدث عن إعاقتهم، وهذه فرصة يجب أن يمنحها لهم الإخصائى، كما قد يريد المعوق التحدث عن شئ من تفاصيل الإعاقة والعلاج، فيناقشه معه الأخصائي وبذلك يوفر عليه الكثير من القلق والشك، ويجب أن يحاول تحديد مدى فهم الإعاقة لحالته المرضية وشعوره نحوها، وهل يعرف معنى التوصيات العلاجية وما شعوره إزاء هذه التوصيات؟ أيضاً يجب أن يعرف إذا كان فى مقدوره تنفيذ الخطة العلاجية أم لا.

مساعدة المعوق فى إتخاذ قرار:

وليبدأ الأخصائي من نقطة اهتمام المعوق سواء كان موضع الاهتمام جسمياً أو عقلياً أو وجدانياً أو إقتصادياً أو إجتماعياً، ويحاول أن يفهم الموقف المحيط به، كما يحاول فهمه كشخص ، ويحاول قياس آثار الإعاقة فى

شخصيته وفى حياته اليومية وإذا كان هناك إحتمالات لحل الموقف المرضى يساعد المعوق فى أخذ قرار بعد أن يتناقشا معاً مناقشة مستفيضة عن كل إحتمال على حدة، على أن تبرز هذه المناقشة النقط التى كان المعوق يجهلها أو يريد بعض التفسير لها. أما إذا كان هناك حل واحد فيعاون الأخصائى المعوق على قبوله، على أن يكون هذا القبول بسرعة المعوق وبطريقته الخاصة.

وقد يضطرب الأخصائى إلى تأخير البت فى أمر العلاج إذا كان لدى المعوق بعض أنواع الصراع التى تعترض إتخاذ قرار سريع، على شرط ألا يكون هناك ضرر لهذه التأخير.

وفى هذه الحالة يتحتم أن يساعد الأخصائى المعوق فى التخفف من بعض الضغوط الوجدانية، ويعطيه الفرصة لأن يعبر عن بعض ما يعتمل فى نفسه من وجدانات ومخاوف تعوق حركة تفكيره فى الإتجاه المرغوب.

ولأجل أن يساعد المعوق فى أخذ قرار فى صالحه يتردد فى أخذه، أو قبول علاج كان قد رفضه من قبل: أو فى إعانته على التكيف مع المجتمع بعد زوال مرضه، وفى حدود ما تخلف عنه من عجز، لا بد من أن ينفذ إلى الأسباب التى تدفع العميل إلى مقاومة عمليات التأهيل والعلاج ومن أهم هذه الأسباب:

أسباب مقاومة العلاج:

ويمكن تمييز أربع نواحى رئيسية تكمن فيها أسباب مقاومة التأهيل. وعدم التكيف الإجتماعى، وهذه النواحى هى:

أ – شخصية المعوق وما فيها من عوامل وجدانية.

ب – الناحية الإقتصادية.

جـ – العلاقات الإجتماعية.

د – البيئة

(أ) الأسباب الشخصية والوجدانية:

كثيراً ما يكون تلكؤ المعوق فى السعى إلى العلاج أو عدم الاهتمام

بتنفيذ التوصيات العلاجية أو رفض العلاج راجعاً إلى أسباب وجدانية، أسوق أمثلة لها فيما يلى:

١ - الخوف الصريح من الموت.

٢ - قد يكون لدى المعوق شك فى قيمة العلاج الطبى، وفى هذه الحالة لا بد من قياس مقدار ثقته فى مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذى قام بفحصه، وعين طريقة العلاج. كما يتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولا يتقدمون لعلاجها، بل يفخرون أنها يعانون أعراضاً مرضية لا يهتمون بها.

٣ - ويرفض بعض المعوقين دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة فى حياتهم، كارتباطها بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفيات فى أذهان المعوقين بأفكار مزعجة كالأشباح والأرواح والموت، وما إلى ذلك. ويجب أن يتناول الأخصائي مع المعوق هذه الأسباب، ويحاول أن يمنحه الفرصة الكافية للتعبير عنها وعما يرتبط بها من ذكريات مؤلمة، وأفكار مزعجة، والعمل على إزالة مخاوفه وبث الإطمئنان فى نفسه.

٤ - وقد تكون هناك مخاوف لا شعورية بسبب تجارب مريرة كبتت فى الصغر، كتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبتر، وما إلى ذلك. وقد يتطلب الأمر إحالة المعوق إلى طبيب نفسى لمعاونته على إتخاذ قرار بعد فهم حقيقة المادة المكبوتة فى اللاشعور.

٥ - وقد يتردد المعوق فى قبول العلاج الداخلى خوفاً من أن تطول إقامته فى المستشفى وتتوقف خطته فى الحياة. وهنا يجب أن يناقش الأخصائى مع المعوق الفوائد الصحية التى يجنيها من العلاج بالمستشفى، ويوضح له مدى إحتمال نجاح طريقته فى الحياة دون علاج، وبذلك يسهل على المريض المعوق إختيار الأصلح دون تردد.

٦ - وأحياناً يكون السبب فى تردد المعوق فى تنفيذ العلاج قلة ثقته فى نفسه وعدم وجود سند يرتكز إليه فى إتخاذ مثل هذا القرار، ولذا فتعضيد

الأخصائى له وتسجيعه على إتخاذ الخطة العلاجية قد يكون كافياً لإقناعه بالسير فى الإتجاه المطلوب.

٧ – وفي حالات غير نادرة يكون مبعث إعراض المعوق عن العلاج إيمانه بوسائل العلاج الأخرى كالوصفات البلد ية والزار والسحر.

٨ – وكثيراً ما يتهيب المعوقين المستشفيات والعيادات، ويكرهون مميزاتها من ممرات طويلة، وسكون رهيب، ورائحة مطهرات خاصة، ومنظر آلات غريبة، وفكرة التخدير والدماء والموت والمشرحة، وما إلى ذلك مما يرتبط بالمستشفيات من مناظر وأفكار، ولذا فملاحظة طريقة فهم المعوق لهذه المؤسسات الطبية وإعانته على التعبير عما يخيفه منها، وشرح وتفسير ضرورة هذه المظاهر مع تبسيطها قد يساعده فى التخلص من هذا التهيب.

٩– وقد يرفض المعوق العلاج لأنه يخشى إحداث تغيير لا يطمئن إليه سواء في معيشته الداخلية، أو فى عمله، فيخشى التعامل مع أشخاص لم يألفهم من قبل، كما يتهيب الإنقطاع عن العمل لمجرد أنه إعتاد عليه فأصبح جزءاً من حياته لا يمكنه الإستغناء عنه. ولا بد من تبصيره بحقيقة الإعاقة وتطوراته، وتأثر قدرته على العمل لو أهمل العلاج أو تأخر العلاج الداخلى بالمستشفى.

١٠ – وللجراحة مخاوف خاصة، فقد يخشى المعوق التخدير، لأن معناه الوقوف عن النشاط الإرادى والخضوع لإرادة الغير يفعل به ما يشاء، بينما فى حالة غير واعية. وقد يخشى أن يهذى أو يتصرف تصرفاً لا يرضاه أثناء غيابه عن وعيه.

١١ – وللبنج والتخدير ارتباط بالموت، إذ كثيراً ما يسمع المعوقين أن المريض فلان قد مات «تحت البنج»، ومعنى هذا أن التخدير قد يكون نهاية للحياة، أى الموت. ولذا فيقاومه المعوق بقوة، ويقاوم العلاج الجراحى لهذا السبب، ويمكن فى مثل هذه الحالات أن يفهم أن ما يعلق بذهنه لا يحدث إلا فى حالات نادرة، ثم يؤكد له الأخصائى وجود الهيئة الكافية من الفنيين أثناء العملية الجراحية.

١٢ - غالباً ما يتهيب المعوق الجو المجهول المنساق إليه، وقد يتوهم أن هناك مفاجآت غير سارة فى طيات الغيب كحدوث عاهات أو مضاعفات تسبب له ألواناً من العجز الدائم الذى يشقى بسببه فى الحياة، وفى هذه الحالة لا بد من مصارحته بحقيقة إعاقته ومصيره لو أهمل العلاج، وإحتمال ما قد ينتج عنه من عجز بعد العملية ووسائل الخدمة الإجتماعية فى التغلب على هذا العجز.

١٣ - وللعلاج المجانى موقف خاص، إذ كثيراً ما يتصور المعوق الإهمال المقصود نحوه، كما قد يخشى أن يكون موضع تجارب طلبة الطب وتمرينهم.

١٤ - وكثيراً ما يهاب المعوق سواء معاملة هيئة التمريض، كما يتوقعون رداءة التغذية والجوع وعدم قدرتهم على التصرف بحرية.

١٥ - وتحدث مقاومة المعوق للعلاج بسبب الخوف من البتر أو التشويه أو الموت، وذلك لإرتباط الإعاقة بالموت، أو عدم إدراك حقيقة الإعاقة، أو لتذكر نتائج عمليات جراحية غير موفقية، أو لمغالاة المعوق فى تصور علته، ونتيجة العلاج.

ولا بد من العمل على إزالة هذه الأوهام والمخاوف غير الطبيعية بعد التعرف عليها.

١٦ - ومن ضمن الأسباب الشخصية الخوف من التعطل عن العمل، وأن يصبح المعوق عالة على غيره، كما يتوقع فقدان مركزه فى الأسرة نتيجة للعجز، فيتردد فى الخضوع للعلاج الجراحى.

١٧ - وهناك بعض المخاوف التى تتعلق بفكرة الدم والنزف والأسلحة، وهذه أيضاً لا بد من التهوين من شأنها، وتفهيم المريض أنها أدوات للإصلاح، لا أدوات للفتك والهلاك.

١٨ - وقد يتوقع المعوق آلاماً مبرحة لأنه يحس الإعاقة عقاب إلهى عما اقترفه فى حياته من آثام، وتكون شدة شعوره بالذنب مما يجسم له ما سيتعرض له، أو ما سيعانيه من آلام ونتائج.

١٩ - كذلك يخشى المعوق الضعف والعجز أثناء العلاج، ويتألم لإثارة إشفاق الناس أو شماتة الحاسدين والأعداء، ولذا فيفضل الإحتفاظ بعاهته على أن يتعرض لهذه التجارب المريرة.

وعلاوة على ذلك فإن فكرة الجراحة وحدها قد تبعث الخوف فى نفوس المعوقين وتوحى إليهم بأنهم يعانون مرضاً وبيلاً أخفيت عنهم حقيقته.

وهناك طائفة من المشاكل والظواهر الإجتماعية والنفسية التى تصاحب الإعاقة أو تحدث نتيجة له، وتضعف من قدرة المعوق أو الناقة على التلاؤم الإجتماعى وإستعادة وظائفه الإيجابية فى الحياة، أذكر منها ما يلى:

١ - إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لإرتفاع ميزانية الأسرة بسبب الإعاقة وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، ييئس المريض ويثير فيه شتى ألوان القلق والضيق والكرب، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، يعتريه شعور بالذنب، وينطوى على نفس قلقة مضطربة، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاهة أو سرعة الشفاء.

٢ - تقيد حركة المعوق ونشاطه قد يوحى إليه بأنه أصبح عاجزاً هالكاً، وقد تؤثر هذه الأفكار فى نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويمل الحياة، ومما يزيد من تعاسة الناقة أو العاهة عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذى يشير به الأطباء فى بعض الحالات، فتتراكم الهموم على رأس المعوق، وقد تدفعه عوامل اليأس من حالته إلى الإنتحار.

٣ - كثيراً ما يهتز موقف المعوق بأسرته، وتتأثر علاقاته بأصدقائه، فينتابه الكثير من الحزن والأسى، كما فى حالات الشلل والعمى وما إلى ذلك.

٤ - وفى بعض الإعاقات يزداد إعتماد المعوق على أهله، فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعق لا ضرورة لها، وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعارض مع خططهم الترفيهية وإستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.

٥ - وفى الحالات التى تضطر فيها النساء للخروج إلى العمل بسبب إعاقة العائل يحز هذا فى نفس المعوق، وقد يرثى لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب فى أوضاع لم يكن يستسيغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشئ من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من المعونة لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.

٦ - وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن استغلالها كأن تكون الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار، فيشعر المعوق بما يصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل فى القيام بدوره كعائل للأسرة.

٧ - وكثيراً ما يخشى المعوق أن يكون مصدراً للعدوى وسط من يحبهم ولذا فيعتريه شعور بالخوف والذنب.

٨ - وكما يتهيب المعوق دخول المستشفى، قد يتهيب البعض الخروج منها إذا كانوا قد اطمأنوا إلى حسن رعايتها ووثقوا فيها ثقة كبيرة وقدروا فيها الدقة والنظام، وهم يهابون مغادرتها خوفا من عدم توفر ما يحتاجون إليه فى بيئتهم الخارجية أو لعدم وجود من يفهمهم الفهم الكافى.

٩ - وإذا نتج عن الإعاقة عاهة أصبح الفرد يعانى مشاكل نفسية خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز المتخلف، وتتوقف المشاعر النفسية كماً ونوعاً على نوع العجز أو العاهة ومدى إدراك الشخص له ومعناه عنده وشدة شعوره بما يفرضه عليه من حدود وقيود، وإحساسه بما يواجهه به المجتمع من نظرات، وعلى هذا الأساس تتبلور الآثار النفسية للمرض وتتكون الدوافع السلوكية المعينة الخاصة بنوع شخصية المعوق وتفاعلها مع العجز والعاهة، فقد يكون ذوو العاهات ضعفاء يائسين، أو بؤساء حاقدين أو قد يكونوا أقوياء معتدين ينقمون على المجتمع ويتحينون الفرص للإقتصاص منه وإيقاع الضرر به، وقد تتجه دوافعهم النفسية إتجاهاً إيجابياً فيفكرون تفكيراً فعالاً فيما يعوضهم عن نقصهم من شتى وسائل العمل وفرص التقدم والطموح، وقد ينتجون على مستوى عال فى حدود عجزهم، فمن فقد رجله قد يصبر أعجوبة عصره فى إستخدام

الآلة الكاتبة، ومن فقد بصره قد يصبح كاتباً فذاً، ومن أصيب بشلل الأطفال ومضاعفاته قد يصبح عالماً عبقرياً مرموقاً، وهكذا يخلق العجز مما تبقى للفرد من إمكانيات فرصاً مواتية للتعويض والإنتاج المثمر الممتاز.

(ب) النواحي الإقتصادية للإعاقة:

وقد تكون العوامل الإقتصادية هي التي تدفع المعوق لمقاومة الخطة العلاجية أو التي تتسبب في عدم تمكنه من التلاؤم السريع أثناء النقاهة وبعد الشفاء. ويمكن تمييز طائفة من الأسباب الإقتصادية المعطلة للشفاء والتلاؤم ومنها:

١ - إرتفاع تكاليف العلاج الطبي يؤثر على ميزانية الأسرة تأثيراً سيئاً فلا تحتمل الإستمرار في تحمل هذه التكاليف وهذا مما يضطرب له العلاج.

٢ - قد يطول العلاج الطبي وتواصل الأسرة دفع تكاليفه الباهظة مما قد يؤثر على مدخراتها وعلى خطط أعضائها في الحياة من تعليم وزواج وما إلى ذلك، وقد تضطر الأسرة في بعض الأحيان إلى بيع بعض أو كل ممتلكاتها وإلى الإستدانة مما يعرضها لألوان من الضغوط الإقتصادية التي تخفض مستواها المعيشي.

٣ - وفي الحالات التي يكون فيها المعوق هو العائل الوحيد للأسرة يخشى إنقطاع الدخل إذا استسلم للعلاج ويخاف أن تجوع أسرته مدة علاجه ولذا فيضحي بنفسه إبقاء على أسرته، وفي هذه الحالات يجب تدبير أموره المالية تبعاً لإمكانياته وظروفه الإجتماعية كأن تحول أسرته إلى مؤسسة لخدمة الأسرة لتيسير أمور معيشتها أثناء المدة التي يحتاجها لإتمام العلاج.

٤ - ومن النتائج السيئة التي تترتب على إنخفاض المستوى الإقتصادي للأسرة إنقطاع الأبناء عن التعليم ليصبحوا مصدر دخل للأسرة يعوضها الخسائر التي حدثت بسبب الإعاقة أحد أعضائها. وقد تخرج الأم لتعمل مضحية بدورها الهام نحو أطفالها وذلك لتسد بعض النقص

الناتج عن مرض رب الأسرة.

٥ - وفى حالات غير قليلة ينقطع المعوق عن التردد على المؤسسة التأهيلية لإستكمال العلاج بسبب عدم تمكنه من دفع تكاليف المواصلات. وفى هذه الحالات يجب البحث عن أقرب عيادة دكتور للمنزل وتحويله إليها، وفى حالة عدم وجود عيادات قريبة لمنزله يحاول الأخصائي الإجتماعى مساعدته من أى طريق ممكن.

٦ - يأبى الكثيرون إستغلال العلاج المجانى لخوفهم من نتائجه ولعدم ثقتهم فيه، وهم فى نفس الوقت غير قادرين على تحمل نفقات العلاج الخاص. فيضطرون إلى الإحتفاظ بعاهاتهم الذى ينمو ويتضاعف بمرور الوقت وقد يستعصى على العلاج فيما بعد.

٧ - قد يغادر المعوق المستشفى متعجلاً قبل إتمام الشفاء وذلك ليعمل ويعول أسرته، ويتعرض لذلك لنقص العلاج وللإرهاق فى نفس الوقت وللإنتكاس فى كثير من الحالات.

٨ - يصف الطبيب فى بعض الحالات نظاماً معيناً للمعوقين يلتزمه دائماً أو فى فترة النقاهة، وقد يجد المعوق أنه من الصعب التقيد بهذا النظام نظراً لكثرة تكاليف الطعام، فلا يتقيد به فتسوء حالته الصحية، وتتلاشى الآثار العلاجية الطبية التى كان قد وصل إليها. ومن أمثلة هذه الحالات عدم تمكن الناقه من الدرن من شراء أطعمة مرتفعة القيمة الغذائية، وعدم تمكن مريض السكر من تخصيص طعام له مخالف لطعام الأسرة. وفى هذه الحالات يجب ترتيب حياة المريض المعيشية وإعانته مالياً إن كان هذا ضرورياً لتمكينه من تنفيذ النظام الطبى.

٩ - وفى حالات أخر يشير الطبيب بعدم الإجهاد وإلتزام الراحة، ولكن حاجة المعوق الإقتصادية تدفعه إلى العمل فلا ينفذ تعليمات الطبيب وتتضاعف علته كما يحصل لمرضى القلب والربو وغيره.

١٠ - وقد يشير الطبيب بالعمل نصف الوقت أو جزءاً منه، ولكن هذا يكون سبباً فى خفض دخل الأسرة مما يؤثر على حالتها فى نواح كثيرة، ولذا فيعمل المعوق كل الوقت معرضاً صحته للضرر.

١١ - وقد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو نوع السكن أو المعيشة، ولكن الضغوط الإقتصادية لا تمكن المعوق من إحداث هذا التغيير، فيعطل المجهودات العلاجية وقد لا يصل إلى تمام الشفاء.

١٢ - وحين يعمل أفراد الأسرة الآخرون للأخذ بيدها إقتصادياً، قد يتفانون فى العمل ويحرمون أنفسهم الراحة ويعرضونها للضرر بسبب إرهاق العمل المتواصل لسد نفقات الأسرة أثناء علاج عائلها. وكثيراً ما أصيب أفراد فى الأسرة بأمراض بسبب التعرض لمثل هذا الإرهاق.

(جـ) العلاقات الإجتماعية للمعوقين:

وقد يكون الحرص على العلاقات الإجتماعية سواء علاقات أسرية أو خارجية، باعثاً على الإحتفاظ بالإعاقة أو عدم إستكمال العلاج أو عدم التلاؤم البيئى ويستحسن أن أشير إلى أمثلة من هذه المواقف فيما يلى:

١ - قد يخشى الزوج أو رب الأسرة - إن هو إلتجأ إلى العلاج الداخلى - أن يبعد عن أسرته فلا تجد من يحميها أو يهم بأمورها ويرعاها. وقد تستنبد به الغيرة فلا يقبل أن يترك زوجته نهباً للظروف ويبعد عنها. وما يحدث بالنسبة للزوج قد يحدث بالنسبة للزوجة المعوقة. إذ قد تحجم عن العلاج الداخلى خشية أن ينجذب الزوج إلى بعض الجارات أو الأقارب أو ينطلق وراء المغريات الخارجية دون وجود رقيب أو حسيب.

٢ - وكثيراً ما تحفظ الأم بعلتها لأنها تخشى على أطفالها من أن يتعرضوا للخطر فى غيابها، أو أن تضطرب رعايتهم مدة مرضها. ولذا فلا تأتمن أحداً عليهم وتزهد فى العلاج لحرصها الشديد على مصلحة الأطفال ووجود علاقتها بهم كأم دائماً.

٣ - وكثيراً ما تتوقع الأم أو الزوج أو الزوجة الموت أثناء العلاج (خصوصاً الجراحى) وتخلف مركزها خالياً فى الأسرة فيتعرض أفرادها لمواقف سيئة بسبب إنهيار علاقتهم بها، ولذا فتفضل أن توجد فى أسرتها مريضة على أن يخلو دورها الهام فى الأسرة.

٤ - وقد يكون الشخص فى حاجة إلى علاج من نوع لا يريد من حوله الإطلاع عليه، ولذا فيقامو الوسائل العلاجية التى لا بد وأن يعلم بها الناس، كما فى حالات مرضى السل والقلب والأمراض السرية الذين يخشون على علاقاتهم الإجتماعية بمن حولهم أن تأثر إذا ما اكتشفوا حقيقة مرضهم (ومن أمثلة ذلك مريض بالقلب أو السل يحاول أن يحجب هذه الحقائق علن خطيبته وأهلها).

٥ - ويتهيب المعوق انقطاع صلته بأصدقائه وبالمجتمعات التى يحب أن يرتادها كالنادى والسينما والمسرح وما إلى ذلك، فلا يقبل الخضوع للعلاج. وكذلك يغفل الطلبة أمراضهم لعدم قدرتهم على تحمل نتائج الإنقطاع عن الدراسة مدة طويلة.

٦ - وينفر بعض الناس من حياة العزلة المفروضة عليهم بالمستشفى ويكرهون لهذا السبب العلاج الداخلى الذى قد يكون الوسيلة الوحيدة للعلاج الصحيح.

٧ - كما يرفض بعض المعوقين أن يتغير أساس علاقاتهم بالناس، فبعد أن كان أساسها تبادل الود والصداقة، يصبح أساسها الإشفاق والمساعدة، ويصبح المعوق بدوره متقبلاً لإشفاق الغير متكلاً ومعتمداً عليهم فى جلب ما يريد، ولذا فيأبى أن يحول علاقاته الإجتماعية النشطة إلى طور سلبى خامل، ويرفض دخول المستشفى مفضلاً الإحتفاظ بالعاهة على تغيير أساس علاقاته الإجتماعية وشعوره نحوها.

٨ - وقد تتأثر علاقات المعوق فى الأسرة والمجتمع نتيجة لإعاقته، فتنهار بعض الروابط الأسرية، كما يحصل فى الطلاق والهجر والإنفصال بسبب المرض المعدى أو المزمن الذى يبعث الخوف أو السأم فى نفس الزوج أو الزوجة أو الذى يتخلف عنه عاهة يعز على أى منهما تقبلها فى الطرف الآخر.

٩ – وقد تكون الإعاقة نقطة تحول في العلاقات والروابط الأسرية حسب نوع المعاملة التى يعامل بها المعوق، فإن كان المعوق زوجاً أهملته زوجته أثناء العلاج فقد يضمر لها العداء، وقد تتأثر علاقته بها بذلك العداء الذى شحن به فترة الإعاقة أما إن عطفت عليه وأهتمت بشأنه وتفانت فى خدمته، فقد يغير رأيه فيها ويحس بقيمتها وأهمية وجودها فى حياته، ويزيد اعتزازه بها عن ذى قبل، وما ينطبق على الزوج والزوجة ينطبق على الأفراد الآخرين.

١٠ – وقد تضيق الزوجة بثقل خدمة زوجها المعوق خصوصاً إن كان ميؤس من شفائه، فتسعى للإنفصال عنه، وما يحصل للزوجة قد يحدث للزوج إذ ينهى علاقته بزوجته إذا ما ضاق بعاهتها.

١١ – وكما تمل الزوجة زوجها قد يمل الأبناء أباءهم ويحسون بأنه عبء على مجهودهم وإمكانياتهم ويزيد من ثقل هذا العبء عدم قيام الأب بالتزاماته نحو أبنائه، وكثيراً ما يعبرون عن ذلك بفرض رغباتهم وأرائهم عليه مما يجعله يحس بإنعكاس مركز السلطة فى علاقته بأبنائه، وقديضل الأطفال وينحرف سلوكهم لضعف السلطة الوالدية.

ويسيئ بعض الأفراد استخدام الموقف المرضى ليخضع من حوله لأنواع من العلاقات السيئة من جانبه مستغلاً عطفهم وأهتمامهم، وهذا كثير الحدوث فى ضعاف الشخصية والأطفال أما أقوياء الشخصية من المرضى والمعاقين فنادرا أن تتأثر علاقاتهم بالموقف المرضى بل تظل قوية متينة كما كانت من قبل.

(د) الأسباب الكامنة فى بيئة المعوق:

وتنطوى بعض البيئات على أسباب قوية مضادة للسير بالعلاج فى الإتجاه السليم، ومعطلة لاسترجاع المعوق لنشاطه الإجتماعى بعد الشفاء، ويمكننا أن ندرك هذه الحقيقة لو اطلعنا على عينة من هذه الأسباب وهى :

١ – كثيراً ماتهون بعض الأوساط من شأن الإعاقة ويحاولون علاجه بوصفات إجتهادية بسيطة كالأسبرين أو الحديد والزرنيخ أو دواء شفى بسببه صديق أو قريب.

٢ - ونظرة المجتمع إلى بعض العاهات نظرة عار وسخرية قد تدفع المعوق إلى الإحتفاظ بعلتهم خوفاً من إعلان حقيقة إعاقتهم.

٣ - والسمعة السيئة للعلاج ببعض المستشفيات والعيادات الحكومية قد تثبط من عزيمة المعوقين وتمنعهم من السعى إليها للحصول على العلاج المناسب.

٤ - تفضل كثير من الأسر إستخدام العقاقير والأدوية البلدية لوجود دعاية واسعة عنها فى الأوساط التى يعيشون فيها.

٥ - الجهل بأعراض الإعاقة وعدم إدراك خطورة تأخير العلاج فى الأسرة يدفعها إلى الإحتفاظ بالعاهة مدة أطول دون إستشارة الطبيب.

٦ - وكثير من الناس يؤمنون بالقدر ويسلمون أمرهم لله خصوصاً فى البيئات التى تطغى عليها النزعات الدينية.

٧ - قلة الموارد الطبية المناسبة مع حاجات المعوقين الصحية، وإنعدامها فى بعض البيئات كالقرى.

٨ - عدم وجود دور خاصة بالنقاهة.

٩ - نقص إمكانيات وعدد مؤسسات التأهيل المهنى.

١٠ - قلة وجود فرص العمل المناسبة للناقهين من الإعاقة، وعدم توفر فرص العمل مما يوجد مشكلة البطالة بين الناقهين من المرض ويضخم المشكلة الإقتصادية فى أسرهم.

١١ - عدم ملاءمة وقت العيادات الخارجية مع وقت فراغ العمال، وخلو بعض الأحياء من الوسائل العلاجية مما يثنى البعض عن طلب العلاج إختصاراً للمجهود الذى تتطلبه المواصلات.

١٢ - قلة عدد الأطباء وغيرهم من الفنيين بالقياس إلى عدد من يعاملونهم من المرضى.

١٣ - نقص سعة المستشفيات إلى درجة تجعل إستيعاب المرضى المحتاجين للعلاج بها متعذراً.

١٤ - نقص عدد الإخصائيين والإخصائيات الإجتماعيات فى العيادات ومركز التأهيل المهنى ومعنى هذا أن الجهود العلاجية المبذولة للمعوقين قد تضيع هباء بسبب وجود بعض العوامل المعطلة لفائدة العلاج. وقد تيقظ المسئولون أخيراً إلى ضرورة وجود الإخصائى الإجتماعى ضمن الهيئة العاملة بالمستشفى ونادوا بأهمية الدور الذى يقوم به نحو المعوق .

دور الإخصائى الإجتماعى مع المريض:

وللإخصائى الإجتماعى دور هام فى التعرف على مشاكل المريض المختلفة وتمييزها وحصر نتائجها وآثارها السيئة لاعتبارها فى عملية التفاعل التى يجب أن تنشأ بينه وبين المعوق وأسرته والطبيب والموارد البيئية المناسبة.

ولنجاح عمل الإخصائى الإجتماعى، لابد من مراعاة جميع أسس خدمة الفرد العامة وعملياتها (الدراسة، التشخيص، العلاج).

حالة تطبيقية لمقاومة إجراء الجراحة

وفيما يلى نستعرض حالة تطبيقية لمقاومة إجراء عملية جراحية ضرورة لأحد المرضى (حالة بتر قدم) :

حول الطبيب الجراح بمستشفى الخليفة مريضاً إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى وأرسل للإخصائى إشارة كتابية بأن حالة المريض سيئة وأن عنده غنغارينا فى قدمه وأنه لابد من بتر الرجل فى خلال أسبوع وإلا تعرض المريض لخطر محقق، وأوصى الطبيب بتذليل العقبات التى تسبب مقاومة المريض فى إتمام العملية. وقد سجل الإخصائى مقابلته مع المريض كما يلى :

دخل المريض متباطئاً إلى المكتب كما لو كان ينتظر الإذن له بالدخول وهو رجل قروى يبدو فى الخمسين من عمره. طلبت منه الجلوس فجلس

وهو يحاول الإبتسام فى شجاعة وثبات سألته عما حدثه به الطبيب عن حالته فأجاب بأننى سأعرف ذلك بعد الكشف عليه، وأدركت أنه يظننى طبيباً فاستفهمت عما إذا كان الطبيب قد أخبره بمهمتى فأجاب بأن الطبيب قد أرسله مع الممرض للكشف عليه هنا مرة أخرى لأخذ الرأى، وقلت له إننى لست طبيباً ولكننى أخصائى إجتماعى كما أفهمته أن الطبيب الذى فحصه هو أكبر الجراحين الذين يعملون بالمستشفى وأن الجميع يثقون فيه، كما أخبرته أن مهمتى بالمستشفى هى أن أصل مع المرضى إلى أخذ رأى خاص يتفق وصالحهم، كما أرسم معهم خطة لإزالة الصعوبات التى تجعلهم يرفضون العلاج. وكان المريض يحاول من آن لآخر أن ينطق ببعض كلمات ولكن لم يتم نطقها. وبعد توقفى عن الكلام أعاد سؤالى عما إذا كان لى رأى فى هذا العلاج وقلت له إن الرأى دائماً للفنيين وبما أنى لست طبيباً فلا يمكننى إبداء رأيى فى مسألة مرضية لايحسن فهمها وتشخيصها إلا الأطباء.

وهز المريض رأسه فى حيرة وأطرق مفكراً. وبعد أن شرد هنيهة قال : إنه كان يعالج فيما مضى لدى الأطباء بالأجر، ولم يشر عليه أحد منهم بمثل ما أشار به طبيب المستشفى، وأظهر مخاوفه من أن يكون العلاج المجانى لايعطى العناية الكافية وأسرعت أقول له إن المريض يمر غالباً بأطوار وتختلف إحتياجات المريض فى مرحلة عنها فى أخرى.

وهنا اندفع المريض قائلاً بحدة : « إذا ذهبت إلى طبيب خارجى ودفعت له أجراً فهل تعتقد أنه يشير على بقطع ساقى ؟»، وأبدى شكوكه من أن المستشفى تهدف إلى التخلص من المرضى، وإجراء التجارب عليهم دون أن تعمل حساباً لأرواحهم.

فقلت له : إنه يؤسفنى أن تكون لديه هذه الفكرة، فالمريض إنسان له إعتباره ولحياته قيمة كبيرة، سواء أكان يعالج بمصاريف أم بالمجان، وطريقة العلاج فى الحالتين واحدة، وقلت : إن الكثير من المرضى الأثرياء يدفعون مبالغ طائلة لإجراء مثل هذه العملية.

ونظر إلى العميل متأملاً ومحدقاً، وقال : «إننى لم ألجأ إلى العلاج لجانى إلا بعد أن بعت كل ما أملك وصرفته فى العلاج عند الأطباء، فأنا ريض منذ أكثر من عشر سنوات، وقد تنوعت أمراضى من سكر وضغط تصلب شرايين. وقد تألمت كثيراً ولكن ألمى الآن أكثر من أى وقت مضى، لأنى خائف والموت عندى أهون من أن أعيش متسولاً بلا أمل سنين طويلة» . إختنقت عبارته وأحمرت عيناه كأنما تأبيان أن تدمعا.

وقلت: إن شعوره هذا ليس بغريب على، فهو شعور شائع عند المرضى لذين يكتشفون فجأة أنهم فى حاجة إلى جراحة سريعة، والسرعة فى إجراء لعملية لا يقصد بها إلا إنقاذ حياة المريض. كما أن عدداً من المرضى أجريت هم هذه العملية بحاح، وأمكن الوصول معهم إلى ترتيب أمورهم المعيشية بعد إجراء العملية، وهم يعيشون الآن سعداء.

وسألته إن كان يريد أن يفكر فى الأمر قليلاً ويقابلنى بعد ذلك لنتحدث سوياً عما يمكن عمله لصالحه، وقد وافق على ذلك ثم سلمته إلى الممرض لإعادته إلى أهله بعد أن علمت أنهم ينتظرونه فى الخارج.

ظاهر فى هذه الحالة مجموعة من مواد المقاومة التى يمكن لمس بعضها وإدراك وجود البعض الآخر وتوجد أسباب المقاومة بكافة أنواعها من وجدانية وهى الغالبة، وإقتصادية وتوقع سوء العلاقات الأسرية والإجتماعية، ثم الأسباب البيئية.

ويمكن تمييز الإنفعالات التى تبعث مقاومة المريض للعلاج الجراحى فيما يأتى:

١ - مفاجأته بقرار الطبيب عن ضرورة الجراحة وبتر الساق، مما دفعه إلى عدم تصديق ما سمع، وكثيراً ما يشعر المريض فى مثل المواقف بأنه فى حلم نظراً لصعوبة تقبله للموقف المنطوى فى قرار الطبيب ببتر الساق وهو واقع مؤلم يحاول الإنسان الإنفصال عنه قدر الإستطاعة وهو يتمنى عدم تصديقه ثم الإعتقاد فى هذا التمنى .

٢ - عدم خبرته السابقة بأطباء المستشفى وعدم ثقته فى الطبيب الذى قام

بالكشف عليه، ولعل من ضمن بواعث عدم الشقاة أنه أصدر قراراً يعارضه المريض بشدة بدليل أنه ظن الأخصائي الإجتماعى طبيباً آخر، وطبيعتى أنه كان يتوقع إلى أن يكون له رأى آخر مخالف لرأى الطبيب الأول وهو الجراحة.

٣ – كان إضطراب العميل شديداً لدرجة أنه كان يحاول أن ينطلق بالكلمات فتستعصى عليه ومعروف أن الإنفعال الشديد يعطل عمل الحواس ويشل الحركة ولو مؤقتاً.

٤ – وقد أبدى العميل مخاوفه من العلاج المجانى، ودلل على إهماله لشأن المرض بأن أحداً من الأطباء الذين كان يعالج عندهم بالأجر لم يشر عليه بمثل هذا العلاج.

٥ – وكان هناك شك أيضاً فى نيات المستشفى نحو المرضى إذ صرح بأن المستشفى يتخلص منهم بإجراء التجارب عليهم دون أن تعمل لأرواحهم أى حساب.

٦ – ولعل إجراء التجارب الذى يشير إليه يرمز إلى كون المستشفى فى مجال التدريب طلبة الطب الذين كثيراً ما يشك المرضى فى مقدرتهم على الفهم الصحيح ويقاومون لذلك العلاج على أيديهم.

٧ – وقد يكون لكثرة الأمراض التى تعرض لها المريض أثر فى الإيحاء إليه بخطورة الجراحة، وخصوصاً وأن من بينها مرض السكر المشهور بأنه لا يتفق والجراحة وإن أصبحت هذه الشهرة مخالفة للواقع فقد تقدمت الجراحة ولم يعد مرض السكر يتعارض معها.

٨ – وقد عبر عن خوفه من الموت بطريقة غير مباشرة حين قال إن الموت عنده أهون من العيش متسولاً بلا أمل سنين طويلة، فهو يعقد مقارنة فى ذهنه بين أمرين عسيرين، وهما الموت والتسول بلا أمل.

٩ – وكان المريض حريصاً على عدم الكشف عن انفعالاته العنيفة بدليل ظهور كافة أعراض الإنفعال من احمرار العينين و «اختناق العبارات فى

حلقه» ومقاومة البكاء، والرجل الريفى لا يبكى ولذا فإن انفعالاته تكون أعنف لأنه لا يفتح لها منافذ التصريف.

ولا شك أن هناك مخاوف مضمرة فى نفسه ولم يعبر عنها، أى أنها لم تجد سبيلها إلى الخارج بعد. ولا بد أنها مخاوف من طريقة إجراء العملية والبنج، والدم، والنزف، والمعاملة فى المستشفى، والمضاعفات، والمستقبل المجهود، وما إلى ذلك مما يرتبط بمَثل هذه العملية من مخاوف وشكوك.

وهناك عدة ضغوط إقتصادية تعرض لها العمل، وما زال يخشى أن تزداد سوءاً بسبب ما قد ينتج عن العملية من ألوان العجز والضعف، ويمكن أن نلمس من هذه الضغوط:

١ - استهلاك مدخرات العميل وبيعه لكل ما يملك فى سبيل الحصول على العلاج عند الأطباء الخصوصيين.

٢ - لا بد وأن المرض قد أحدث أثراً كبيراً فى قوة العميل على العمل والإنتاج وبالتالى على الكسب.

٣ - هذا فى نفس الوقت الذى يحتاج فيه إلى المال ليتم علاجه من مرضه.

٤ - التجاءه بسبب الضغط الإقتصادى إلى العلاج المجانى الذى لا يثق فيه. والذى لا بد وأنه قد سمع عنه بعض المساوئ والنقائض، خصوصاً فيما يختص بالغذاء ومعاملة الممرضات.

٥ - خشيته من المستقبل، وخوفه من أن تنعدم قدرته على الكسب فيصبح عالة على غيره، أو قد يضيق الغير به فيضطر إلى التسول بعاهته، وهذا معناه فى نظره العيش بلا أمل، إذ أنه يخشى الوصول إلى حالة لا يرجى منها.

ويمكننا أن ندرك ضمناً أثر البيئة فى تزويد هذا الرجل بأفكار سيئة عن الجراحة وعن العلاج المجانى، وعن إحتمال قصور الموارد البيئية عن استكمال علاجه، فيتعرض لموقف سئ يضطره إلى التسول.

كما نلمس خوفه من سوء العلاقات مع أهله ومعارفه، حتى أنه يتصور

أنهم جميعاً سيلفظونه ولا يهتمون بأمره عندما يصبح عالة عليهم، ولذا فسيعيش متطفلاً على الحياة وبلا أمل.

والآن ننتقل إلى تصرفات الأخصائي الإجتماعى مع هذا المريض، ونركز حديثنا حول النقاط الهامة فيما يلى:

١ - من اللائق فى مثل هذه الظروف أن ينهض الأخصائى الإجتماعى لإستقبال المريض ومساعدته على الجلوس، إذ المفروض أنه يعمل مع المرضى، وكلهم محتاج إلى المعاونة والمساعدة.

٢ - كان من الواجب أن يطلب من المريض أن يستريح قليلاً، ثم يذهب لمقابلة الطبيب للإستفسار منه عن حالة المريض، وللتزود ببعض المعلومات التى تكسبه شيئاً من الوعى والبصيرة عن مرضه وتاريخه وتطوره، وما إلى ذلك مما يصح أن يكون موضع تساؤل المريض.

٣ - ومن اللازم أن يسأله إن كان يعرف شيئاً عن مهمته بالمستشفى كأخصائي إجتماعى، ثم يشرح له مهمته ودوره معه بدلاً من أن يدعه يخمن وظيفته أنه طبيب آخر سيفحصه مرة ثانية.

٤ - كان من الواضح أن المريض مشحون بالإنفعالات والوجدانات التى يحتاج إلى التخلص منها، ولكن الأخصائي لم يمنحه الفرصة للتعبير عنها، بل إنه يعترف بأن المريض كان يحاول النطق ببعض كلمات ولكن لم يتم نطقها.

٥ - حاول الأخصائى الإجتماعى أن يشرح إحتياجات المريض لأنواع مختلفة من العلاج فى مراحل المرض المختلفة، وذلك ليفسر للمريض ملائمة العلاج الجراحى فى هذه المرحلة.

٦ - كما أكد أن نوع العلاج المناسب واحد فى حالتى العلاج بالمجان. والعلاج بالمصروفات.

٧ - كذلك تقبل الأخصائى انفعالات المريض وإحساسه عن موقفه المفاجئ بأن اعترف له بأن من حقه أن يشعر كذلك، وأن هذا شعور طبيعى وشائع عن المرضى الذين يكتشفون أنهم فى حاجة إلى جراحة سريعة.

٨ - طمأن المريض إلى أن السرعة فى إجراء العملية هدفها صالح المريض.

٩ - كما أخبره أن عدداً من المرضى إجتاز العملية بنجاح، وأنه أمكن ترتيب معيشتهم على وجه يرضيهم ويسعدهم.

١٠ - وكان جميلاً من الأخصائى الإجتماعى أن يمنح العميل فرصة مناسبة لأخذ قرار بنفسه فى شأن العلاج، إذ أن ذلك إعتراف صريح بحقه فى تقرير مصيره وطبيعى أن يشعر العميل نتيجة لذلك أنه مخير لا مسير، حتى لا يحس أنه مساق إلى حتفه بقوى خارجة عن إرادته فتزداد مقاومته لهذه القوى الخارجية ويعرض نفسه للخطر.

١١ - ويؤخذ على الأخصائى الإجتماعى عدم تحديده موعد لمقابلة المريض فيما بعد، على أن يكون ذلك قريباً، وحبذا لو كان هذا الموعد فى منزله حتى لا يعرضه للإرهاق.

١٢ - وسلم العميل للمريض لإعادته إلى أهله، دون أن يصحبه إليهم بنفسه ويتصل بهم ويحدد معهم موعد للتعاون معه فى شأنه.

١٣ - فمن المهم جداً فى مثل هذا الموقف الإتصال بأسرة العميل ومعارفه، وليشرح لهم حقيقة المرض، ويحدثهم بصراحة عما يكتنف حالة المريض من الخطورة إن لم تجر العملية فى موعدها المناسب، وبذلك يكونون أداة فعالة للتغلب على مقاومة العميل لإتخاذ قرار فى صالحه. سيما وهو يعيش بينهم ويعرفون الوسيلة المجدية لإقناعه أو الأشخاص الذين يثق فيهم ويمكنهم التأثير فيه.

١٤ - وكان من المهم أيضاً أن يزيد ثقة المريض فى حسن نية المستشفى نحوه وأهتمامها بشأنه، فيعرضه على طبيب آخر لأخذ رأيه فى نوع العلاج المطلوب، إذ أن المألوف أن يأخذ المريض رأى أكثر من طبيب فى موقف خطير كهذا، وذلك حتى يطمئن المريض إلى إهتمام الهيئة العاملة بالمستشفى بأمره، وأنهم يسعون لتمكينه من أحسن ما يمكن من وسائل العلاج [٦].

ثانياً: دور خدمة الجماعة مع المعوقين:

لم يصبح العمل فى الميدان الطبى قاصراً على الأطباء والممرضات فقط، بل أصبح للأخصائيين الإجتماعيين دور هام إلى جانب هؤلاء، لما وجد من أن للإعاقة تأثيراً على الناحية النفسية والإجتماعية للمريض، وما للناحية النفسية والإجتماعية من تأثير على المعوق.

ومن ثم فقد أصبح تدخل الأخصائي الإجتماعى ضرورة ملحة.

والأخصائى الإجتماعى فى المستشفى يعمل مع الأفراد لمساعدتهم على التغلب على المشاكل المتعلقة بالإعاقة، سواء أكانت تلك المشكلات قد تسببت فى إحداث الإعاقة أم كانت نتيجة للإعاقة نفسها.

ويجب أن يراعى الأخصائي الإجتماعى أثناء ممارسته لطريقة خدمة الجماعة مع المعوقين أنها تستطيع أن تحقق بعض الأهداف التى تساعد المعوق على التغلب على اعاقته والعودة إلى حياته العادية.

أهداف خدمة الجماعة مع المعوقين:

١ - المساعدة فى التغلب على الإعاقة والتحرك نحو الشفاء.

٢ - تأهيل المعوق إجتماعياً حتى يعود إلى مجتمعه، وقد استعاد مقدرته على إقامة علاقات إجتماعية عادية مع الآخرين.

٣ - توكيد ثقة المعوق فى نفسه وقدراته.

٤ - مساعدة المعوق على تغيير إتجاهاته إزاء الإعاقة حتى لا يستسلم لها أو يكتسب إتجاهات معينة نتيجة لمرضه تلازمه بعد شفائه.

٥ - مساعدة المعوق على الإحتفاظ بإتجاهاته الإيجابية السليمة وعدم إختلالها نتيجة الإعاقة.

٦ - عدم تعطيل طاقات المعوق وإستغلالها حسب قدرته ورأى الطبيب وبقدر الإمكان.

الفوائد التى تعود على المعوق نتيجة لإنضمامه إلى جماعة المستشفى:

تعددت الفوائد التى تعود على المعوق نتيجة لإشتراكه فى نشاط جماعى

تحت إشراف وتوجيه أخصائي إجتماعي فيما يلي:

١ - يكتسب المعوق شعوراً بالأمن والطمأنينة وبالثقة في النفس وتقدير الذات نتيجة لشعوره بأنه قد تمكن من الإشتراك في نشاط جماعي.

٢ - يتمكن المعوق من تقبل الحدود التي تسببه الإعاقة ولا يتبرم بها ولا توقعه تلك الحدود فريسة سهلة لليأس.

٣ - يتمكن المعوق من تقبل الخطط العلاجية التي توضع له وسياهم ذلك التقبل بلاشك في نجاحها.

٤ - يساعد المعوق على التعبير عن مشاعره أثناء ممارسته للنشاط أو أثناء المناقشات بصورة سليمة مهدئة لأعصابه، وبذلك يتحرر من التوترات والضغوط.

٥ - ينمي المعوق مهاراته وقد يكتسب مهارات جديدة.

٦ - يكتسب المعوق إحساساً بالنجاح نتيجة لتحقيق الجماعة المنضم إليها لأهدافها.

٧ - يساعد المعوق على تغيير إتجاهاته حيال الأسرة والأصدقاء والمجتمع والناس.

٨ - الإحساس بالمقدرة على العودة إلى الحياة العادية.

ما يجب أن يراعيه الأخصائي الإجتماعي في عمله مع جماعات المعوقين:

١ - الحالة الجسمية الناتجة عن الإعاقة.

٢ - تبعاً لذلك فعلى الأخصائي أن يزيد من أهتمامه بكل فرد في الجماعة بمعنى أنه يقيم علاقاته قوية مع كل فرد من الجماعة بالإضافة إلى علاقته بالجماعة ككل.

٣ - يراعي الأخصائي بدقة عدة أمور هامة عند تكوين جماعات المعوقين. سنتحدث عنها فيما بعد. وبوجه عام يراعى الأخصائي بدقة تجانس الجماعة المكونة من المعوقين في بعض الخصائص بقدر إمكانه.

٤ - يدقق الأخصائي في أنواع البرامج التي تتلاءم مع الحالة الجسمية والنفسية والإجتماعية للمعوقين.

٥ - يتذبذب مقدار تدخل الأخصائي مباشرة في نشاط الجماعة تبعاً للحالة العامة للأعضاء المعوقين، وللظروف المفاجئة التي قد تعترى الجماعة، فيجب أن يكون الأخصائي متيقظاً للموقف الذي يتطلب منه تدخلاً بقدر كبير، والمواقف التي لا تتطلب هذا القدر من التدخل.

٦ - للطبيب الرأى الأهم في حالة المعوق، وهو يضع الجزء الأكبر من الخطة العلاجية، فيجب على الأخصائي أن يراعي التعاون مع الطبيب والرجوع إليه عند اللزوم، وعادة يعمل الطبيب والأخصائي الإجتماعي والممرضة في فريق يتعاون لصالح المعوق.

٧ - يراعي الأخصائي عدم إنقطاع المعوق تماماً عن الحياة العامة فيعمل على أن يصل المعوق بالنشاط الإجتماعي خارج المستشفى بالوسائل المختلفة والتي تتفق مع قدرات المعوق وحالته الصحية.

٨ - المعوق كثيراً ما يتعرض لتغيرات جسمية ونفسية مفاجئة شديدة الوقع. على الأخصائي ألا يعامل المعوق على منوال واحد بل عليه أن يلم بسرعة بكافة التغيرات المتنوعة التي يتعرض لها المعوق حتى يستطيع أن يمد له يد المساعدة عن طريق النشاط الجماعي الموجه.

٩ - للمعوقين كجماعة إحتياجات خاصة، فيجب على الأخصائي أن يحاول معرفة إحتياجات الجماعة المكونة من المعوقين، خصوصاً وأن تحديد تلك الإحتياجات في كثير من الأحيان ليس بالأمر الهين السهل فكثير من تلك الإحتياجات كامنة، تحتاج إلى دراسة وتعمق لتحديدها وفهمها.

تكوين جماعات المعوقين:

إن الأخصائي الإجتماعي الذي يعمل مع جماعات المعوقين في أشد الحاجة إلى مراعاة مبدأ تكوين الجماعة بناء على خطة، ذلك المبدأ الذي وضعه «تريكر».

فلا يمكن أبداً أن تكون جماعات المعوقين جزافاً وحيثما اتفق، لأن فى ذلك نجد الأضرار الآتية:

١ - اختلاف المقدرة الجسمية - خصوصاً إذا كان بيناً لا يساعد على أن تعمل الجماعة كوحدة.

٢ - اختلاف الأنماط السلوكية للمعوقين اختلافاً كبيراً يعمل على تفكك الجماعة وعدم وحدتها.

٣ - طالما أن المعوق فى حالة غير عادية من الناحية الجسمية، وغالباً من الناحية النفسية، فإن لهم إحتياجاتهم الخاصة بهم كأفراد وأخرى كجماعة. فإذا كانت الجماعة غير متجانسة كان من الصعب تحديد إحتياجات تلك الجماعة خصوصاً وأن تلك الإحتياجات بالتالى غير عادية.

٤ - على الأخصائي الإجتماعى الذى يعمل مع جماعات المعوقين أن يراعى الفروق الفردية بدقة ويزيد من حجم معاملاته مع الأفراد فى الجماعة، فإذا كانت تلك الفروق الفردية مختلفة، كان من الصعب على الأخصائي أن يقوم بدوره مع الأفراد بكفاءة.

الأسس التى تتكون عليها جماعات المعوقين:

إن مبدأ تكوين الجماعة على أساس من التخطيط لا يعنى أبداً أن تكون الجماعة متجانسة مائة فى المائة، وفى الواقع أننا نجد أنه من النادر الوصول إلى هذا المستوى من التجانس، والواجب على الأخصائي أن يحاول تحقيق أعلى نسبة ممكنة من التجانس.

ومعايير التجانس مختلفة، ومن المعايير التى يمكن للأخصائى أن يضعها ليحقق التجانس فى جماعات المعوقين كما يلى:

١ - المشاكل المتعلقة بالإعاقة:

فقد يعمل الأخصائي على تكوين جماعات تضم معوقين لهم مشاكل متشابهة متعلقة بالإعاقة، وذلك يعتبر مفيداً جداً كى تقوم الجماعة ببرامج داخل المؤسسة لحل المشاكل، أما المشاكل الخارجية المتعلقة بالإعاقة فإن

المناقشات التى تدور فى الجماعة تساعد الأعضاء على التغلب على تلك المشكلات.

فقد تكون المشكلة مثلاً هى ترك الأسرة بدون توجيه من عائلها المعوق لفترة طويلة.

فتقوم الجماعة ببرامج تتعرف بها على الأضرار الناجمة عن ذلك الوضع والوسائل الكفيلة بالتغل على تلك الأضرار.

٢ - نمط الإستجابة للإعاقة:

قد يتخذ نمط الإستجابة للمعوق معياراً للتجانس فمن المعروف أن بعض المعوقين يهربون من مشاكل قد صادفتهم فى حياتهم، وآخرون تعرقلهم الإعاقة عن التغلب على مشاكل فى حياتهم، لذلك فهم يقاومون الإعاقة، كما أن بعض المعوقين قد يجدون فى الإعاقة فرصة للإعتماد على الغير وآخرون يقاومون الإعاقة لأنه يجبرهم على الإعتماد على الغير، إلى غير ذلك من أنماط الإستجابة. وتكوين الجماعات على أساس من نمط الإستجابة يساعد الأخصائى على توجيه الجماعة لتعديل ذلك النمط إذا كان ضاراً بالمعوق ولتأيهل المريض للعودة إلى الحياة العادية.

٣ - الحالة الجسمية:

قد تتكون الجماعة من معاقين متقاربين فى المقدرة على بذل المجهود الجسمى، وبذلك يسهل على الجماعة وضع وتصميم برامج يشترك الجميع فى تنفيذها.

٤ - مدة البقاء بالمستشفى:

قد تتكون جماعة من المعوقين الذين قضوا فترة طويلة بالمستشفى، وتفيد هذه الحالات فى الإشتراك فى الخدمة المقدمة للمعوقين الجدد، ورفع مستوى الخدمة بالمستشفى بوجه عام، وفى تعريف المعوقين الجدد بالأطباء والممرضات وإكسابهم جواً من الألفة بالمستشفى.

٥ - العنبر:

قد يكون معوقوا كل عنبر جماعة، لأن العلاقات الإجتماعية للمعوقين فى كل عنبر قوية، ووجودهم فى عنبر واحد يكون عندهم نوعاً من التمكاسك، غير أن تكوين جماعة على أساس وجود أعضائها فى عنبر واحد قد لا يوفر قدراً كبيراً من التجانس من الناحية الإجتماعية والنفسية على الأخص.

٦ - المستوى العمرى:

قد تتكون جماعات من المعوقين فى سن الطفولة أو المراهقة أو الشباب أو الكهولة، لأن كل فئة عمرية أقدر على التفاهم والتجاوب مع نفسها من تفاهمها وتجاوبها مع فئة عمرية أخرى، وطالما أن لكل فئة عمرية احتياجات عامة، فإن ذلك يؤثر على تجانس الجماعة أيضاً، مع مراعاة العوامل الجسمية والنفسية الإجتماعية المتصلة بالمرض والتى لها تأثير كبير على تجانس الجماعة.

٧ - الهوايات الخاصة:

قد تتخذ الهوايات الخاصة وسيلة لتوفير قدر من التجانس خصوصاً إذا كانت تلك الهوايات تتفق مع الحالة الصحية للمعوقين.

ويجب أن يراعى الأخصائي أن بعض عدم التجانس قد يفيد الجماعة ويساعد على عملها كوحدة.

فإذا كانت جماعة قد كونت من أعضاء قد إستجابوا للإعاقة بالبعد عن الواقع أو الإخلاد للصمت، فإنها قد لا تعمل كوحدة أو تقرر بنشاط جماعى، ورغم أن عبء العمل كله يقع على أكتاف الأخصائي الإجتماعى،. ومثل هذه الجماعة فى حاجة إلى عضوين أو أكثر يستطيعان أن يثيرا فى الجماعة النشاط والحركة.

كما أن جماعة قد كونت من أعضاء استجابوا للإعاقة بالقيام بأعمال عدوانية قد لا تتماسك مطلقاً، وهى فى حاجة إلى أعضاء يعملون كمهدئين للجماعة ويعاونون الأخصائي فى توجيه نشاطها.

إذن فيجب على الأخصائي :

١ - أن يراعى التجانس قدر إمكانه.

٢ - أن يلجأ إلى قدر من عدم التجانس إذا كانت الضرورة تحتم ذلك لصالح الجماعة، ويلجأ إليه بالقدر اللازم والضرورى.

الأخصائي الإجتماعى وفريق العمل الطبى:

إن الأخصائي الإجتماعى الذى يعمل مع جماعات من المعوقين يعمل فى الفرق "Teams" الآتية:

١ - فريق مكون من الطبيب المعالج والممرضة، وفيه يتبادل الجميع المعلومات عن المعوق، فيخبر الأخصائي الإجتماعى والممرضة عن سلوك العضو البارز أثناء النشاط وعن مغزاه ويحدد مع الطبيب دوره فى العلاج.

٢ - فريق مكون من الأخصائى وبعض الأطباء لتشخيص وعلاج حالات لمرضى معينين فى المستشفى لهم عناية خاصة.

٣ - إجتماعات منتظمة مع فريق الخدمة الإجتماعية بالمستشفى لوضع الخطة العامة لقسم الخدمة الإجتماعية بالمستشفى وتنفيذ وتتبع وتقييم تلك الخطة.

٤ - فريق المستشفى بوجه عام لإيجاد التناسق والتكامل بين جميع أقسام المستشفى.

برامج جماعات المعوقين:

١ - مناقشات تتناول المسائل التى تعطيها الجماعات أهمية كبيرة.

٢ - ألعاب داخلية فى ناد.

٣ - حفلات سمر.

٤ - ندوات مع الأطباء المعالجين.

٥ - رحلات ترويحية للقادرين صحياً ويستحسن أن يشترك فيها الأطباء والممرضات، والرحلات مفيدة للمعوقين لرفع روحهم المعنوية ولإستمرار إتصالهم بالبيئة الخارجية.

٦ – حفلات تقام بالإشتراك مع أهالى المعوقين أو جماعات من البيئة الخارجية.

٧ – معاونة تقدمها جماعات المعوقين القادرين صحياً لرفع مستوى الخدمات المؤداة فى المستشفى.

٨ – برامج ثقافية صحية تتضمن محاضرات يلقيها الأطباء كى يساهم كل معوق بنفسه فى نجاح الخطة العلاجية عن وعى وإقتناع (٧).

ثالثاً: دور تنظيم المجتمع مع المعوقين:

أ – الأدوار الوظيفية للمنظم الإجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية:

١ – المساهمة فى وضع سياسة نسق الخدمة الإجتماعية الطبية وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة الإجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب، والسياسة الإجتماعية للمجتمع من جانب آخر.

٢ – العمل على مساعدة مجلس الإدارة، أو اللجان التى يستند إليها العمل معها لتأدية مهمتها بنجاح، مع الإهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية إتخاذ القرارات التى تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر.

٣ – المساهمة فى القيام بمد الأنساق الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية، بالمشورة الفنية، التى تساعدهم على القيام بمسئولياتهم قبل المرضى خير قيام، والتعاون مع المهتمين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة الطبية فى صورة فريق عمل Team Work ليكشف لهم عن الجوانب الإجتماعية والنفسية، والأسرية والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض التى يعانى منها بعض المرضى.

٤ – المساهمة فى القيام بالبحث والدراسة، للتعرف على إحتياجات مجتمع المؤسسة الطبية، ومشكلاته، وموارده وإمكانياته، تمهيداً لترتيبها حسب

أهميتها ووضعها فى أولويات والعمل على إشباعها أو حلها فى حدود الموارد والإمكانيات المتاحة، أو التى يمكن إيجادها.

٥ - العمل على تنسيق جهود الأنساق الداخلية للمؤسسة الطبية، لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك الوحدات بتقديمها للمرضى، كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل مجتمع المؤسسة الطبية.

٦ - إيجاد مشروعات تستلزم إشتراك وتعاون فئات العاملين بالمؤسسة الطبية، وتحقق فائدة لهم، كأسلوب لإيحاد التكامل بين فئات العاملين بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاجه المرضى.

٧ - المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها المؤسسة الطبية للعاملين من جانب وللمرضى من جانب آخر، على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى، وتحفظ عليهم كرامتهم.

٨ - المساهمة فى عملية التسجيل، والتأكد من أن جميع الأعمال والأنشطة والبرامج التى يمارسها نسق الخدمة الإجتماعية الطبية، تسجل تسجيلاً دقيقاً للإفادة منه فى عملية تقويم النسق لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب ويعاونه الأخصائيين الجدد والذين يعينون مستقبلاً فى المؤسسة الطبية، فى الإنطلاق من حيث إنتهى زملائهم القدامى من جانب آخر وذلك مما يكون له أكبر الأثر فى خدمة مجتمع المؤسسة من جانب، وخدمة المرضى من جانب آخر.

ب - الأدوار الوظيفية للمنظم الإجتماعى الطبى خارج المؤسسة الطبية:

١ - على المنظم الإجتماعى الطبى أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التى تؤدى خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الإزدواج أو النقص أو التكامل فى أنواع الخدمات الطبية التى تؤدى للمجتمع المحلى من جانب آخر ولكى يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة

والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التى يعمل بها من جانب آخر.

٢ - التعرف على المشكلات الإجتماعية بالمجتمع المحلى - المقام به المؤسسة الطبية التى يعمل بها - ذات الأثر على الصحة وإستثارة الناس وتوعيتهم لتجنبها.

٣ - المنظم الإجتماعى بحكم عمله وإتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة وبالرأى العام داخل المجتمع المحلى الذى توجد به المؤسسة العلاجية الطبية يستطيع أن ينقل إلى إدارة المؤسسة الطبية ردود الفعل وإنطباعات الناس عن الخدمات التى تؤديها المؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى تقويم دور المؤسسة الطبى، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها فى المجتمع على الوجه الأكمل هذا من جانب،ومن جانب آخر يعمل المنظم الإجتماعى الطبى على تنمية المجتمع المحلى بدور المؤسسة الطبية، وأهدافها وكيفية الإستفادة من خدماتها وعليه أيضاً تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعى فى المنطقة المحيطة بالمؤسسة الطبية، بما يحقق أقصى إستفادة من خدمات المؤسسة الطبية.

وفى النهاية فإننا نشير إلى طرق الخدمة الإجتماعية متكاملة، حيث أن نطاق عمل الخدمة الإجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى تعيش فيها، فهى تعمل مع الأفراد كما تعمل مع الجماعات، وأيضاً تعمل مع الجماعات.

فالخدمة الإجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أخرى.

كذلك الحال حينما يتعامل مع الجماعات نجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد، مثل الفرد الذى تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة، لتقارب بين أغراضها وإتجاهاتها، وأيضاً تعمل مع المجتمع المحلى الذى تتواجد فيه هذه المؤسسة لإستغلال موارد البيئة فى تحقيق أهداف المؤسسة من جانب، والجماعات التى تنتمى إليها هذه الموسسة من جانب آخر.

إن العلاقة بين طرق الخدمة الإجتماعية - خدمة الفرد - وخدمة الجماعة، تنظيم المجتمع- إنما هى علاقة لا تستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب، وإنما علاقة أعضاء الجسم الواحد بطبيعة واحدة وبوظيفة واحدة، إن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك وهو رفاهية الإنسان وسعادته فالجوهر واحد، والفلسفة واحدة، بل إن المفاهيم والمبادئ الأساسية نفسها واحدة، وهذه حقيقة يؤكدها الواقع الميدانى ذاته، كما يجسدها كل من مارس المهنة من الأخصائيين الإجتماعيين.

الأدوار الوظيفية التى حددتها وزارة الصحة للأخصائي الإجتماعي:

حددت وزارة الصحة إختصاصات وواجبات الأخصائي الإجتماعى الطبى فى ميادين الخدمة الإجتماعية طبقاً لقرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ١٩٧٠/١٢/٩، بشأن إصدار دليل العمل الإدارى لإدارة الخدمة الإجتماعية الطبية جاء فيها ما يلى:

«يعتبر جهاز الخدمة الإجتماعية بالوزارة بحكم تكوين أفراده وطبيعة عملهم ودراستهم وتأهيلهم أكثر الأجهزة إتصالاً بالجمهور وتفهماً لرغباته والإلتحام معه وكسب ثقتهم بحيث يستهدف جوهر العمل الإجتماعى بوحدات الوزارة ما يأتى:

١ - التعرف على آراء ومشاكل الجماهير المنتفعة بخدمات الوزارة وإتخاذ الخطوات اللازمة لحلها.

٢ - أن يكون موصلاً جيداً لما تريده الوزارة أن تصل به إلى الجماهير وذلك عن طريق:

أولاً: إعتبار العمل الإجتماعى وثيق الصلة بالجماهير مع المرضى بالأقسام الداخلية وفى العيادات الخارجية وأثناء الزيارة هدفه الأول حل مشاكل المرضى الإجتماعية والمسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة.

ثانياً: كالأخذ بمبدأ ربط الخط السياسى بالعمل الإجتماعى والتحرك الدائم وخاصة فى المستشفيات العامة، والتوعية بإعتبار الأخصائي الإجتماعى يعمل فى المستشفيات على المستوى المحلى سواء أكان هذا عن طريق عمل

إستفتاءات، ومقابلات شخصية أو حضور الندوات الساسية التى تعقدها الأجهزة السياسية، أو عقد إجتماعات للعاملين، أو صندوق الشكاوى، وما إلى ذلك من أساليب وقياس إتجاهات الرأى العام.

ثالثاً: إعتباره عاملاً فى عمليات تنظيم المجتمع عن طريق المجلس المحلية بالمستشفيات العامة، كمجالس الإدارة ومجلس الخدمة الإجتماعية، والعمل على تنمية النشاط الأهلى والمساهمة فيه كجزء هام من موارد البيئة لصالح جماهير المترددين على الوحدة.

رابعاً: أن تكن القوانين التى كفلتها الدولة لتأمين أفرادها محوراً للعمل الإجتماعى المتطور لقوانين التأمينات الإجتماعية، والصحية، وقوانين العمل والضمان الإجتماعى وما إليها.

والإختصاصات العامة للمنظم الإجتماعى فى كافة القطاعات:

١ - إستطلاع رأى الجماهير المنتفعة لخدمات الوحدة، والإشتراك فى دراسة المشاكل الإجتماعية التى قد تطرأ على المرضى والعاملين بها، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها عن طريق:

أ - أن يتواجد الأخصائي الإجتماعى بالعيادة الخارجية فضلاً عن تواجده بأقسام الإستقبال وسط المترددين عليها لتسهيل مهمتهم فى الحصول على الرعاية الطبية فى سهولة ويسر دون معاناة، ولحل المشاكل اليومية التى تنجم عن إتصال الجمهور بالمستشفى.

ب - وضع صندوق الشكاوى أو الرغبات، يكون مفتاحه مع الأخصائي الإجتماعى ويتم فتحه دورياً (حسب ما تقضى به التعليمات) ويتم تسجيل جميع ما ورد فيه وتفريغه، وحل ما يمكن حله من هذه المشاكل على مستوى الوحدة ورفع مستوى ما يحتاج إلى مستوى أعلى.

جـ - أن تعد إستمارة إستفتاء على عناصر الخدمة التى تؤديها الوحدة تملأ بمعرفة الأخصائى الإجتماعى لعينات من المرضى الذين يتقرر خروجهم، وتجمع هذه الإستمارات ويتم تفريغها وتبويبها، وتحليلها بصفة دورية، لتكون مؤشراً جماهيراً بالنسبة لخدمات كل وحدة.

د - أن توضع خطة عمل مشتركة بين أجهزة الخدمة الإجتماعية بالمناطق والوحدات وبين الجهاز السياسى بالمنطقة، وذلك بالإتفاق مع أمانة المحافظة بحيث يكون الأساس فيها هو التعرف على المشاكل الجماهيرية والتعاون على حلها بالحلول الذاتية بالإستعانة بجميع موارد البيئة من نشاط أهلى، إلى أجهزة حكومية قائمة، إلى غير ذلك مما يمكن الإستفادة به فى خدمة المريض وأسرته.

هـ - الإستفادة بالنشرات التى تعد بمعرفة الإدارة العامة للإعلام والثقافة الصحية بالوزارة، والتى تستهدف تبصير الجمهور وتعريفه بخدمات الوزارة، وكذلك بمختلف النشرات التى تعد عن طريق الأجهزة المختلفة وتخدم نفس الغرض.

٢ - أن يكون الأخصائى الإجتماعى بالمستشفى أو بالوحدة الطبية بمثابة رجل العلاقات العامة، من مهمته أن يتحرك وسط الجماهير داخل الوحدة وخارجها، والإتصال الوثيق بجميع المنظمات الإجتماعية والسياسية، والتعاون الصادق مع العاملين بها فى الخدمات العديدة، كالتوعية السياسية أو مكافحة الأمية، وتنظيم الأسرة، ودور الحضانة، والجمعيات التعاونية بالوحدة، وغيرها من المشروعات القومية.

٣ - تنظيم البرامج الترفيهية وشغل أوقات الفراغ وذلك بإنشاء الأندية المزودة بوسائل التسلية كالتليفزيون، والراديو، والألعاب الداخلية، والأشغال اليدوية الخفيفة، وإنشاء مكتبة تحوى الجرائد والمجلات والكتيبات والنشرات.

٤ - الإهتمام بالتوعية بالتنظيم للحفلات السينمائية والمسرحية والموسيقية وتوزيع المساعدات والهدايا فى المناسبات المختلفة.

٥ - الإهتمام بالتوعية فى كافة مجالاتها (الصحية - الإجتماعية - القومية - السياسية - الدينية... إلخ) الفردية والجماعية سواء عند المقابلة الشخصية، أو الزيارات المنزلية أو الندوات الثقافية فى المناسبات المختلفة.

٦ - القيام بأعمال مقرر مجلس الخدمات الإجتماعية أو اللجان الإجتماعية والمنبثقة عن مجالس المستشفيات أو غيرها فى حدود الإختصاصات والتعليمات الصادرة بشأنها.

٧ - نشر الوعى بين العاملين فى الوحدة وعقد الندوات لهم للإستفادة الكاملة من أوجه النشاط الثقافى والإجتماعى والرياضى، كذلك المساعدات الإجتماعية المتاحة من حصيلة الجزاءات وإجراء البحوث الإجتماعية للعاملين المستحقين لتلك المساعدات.

٨ - فتح وإستخدام السجلات والإستمارات والمطبوعات الخاصة بالخدمة الإجتماعية، وإتباع كافة القواعد والنظم المقررة لذلك والإلتزام بها.

٩ - عمل تقرير شهرى وسنوى عن كافة أوجه الخدمات والنشاط الإجتماعى طبقاً للنموذج المقررة.

١٠ - حصر موارد البيئة للتعرف على جميع الإمكانيات المتاحة لتوجيهها لخدمة الجماهير، والإنتفاع بخدماتها إلى أقصى حد ممكن، ومنها (وحدات الشئون الإجتماعية - النقابات المهنية - الجمعيات الخيرية - الوحدات التابعة لوزارة الخدمات والمؤسسات والهيئات... إلخ) والإتصال بالنجان الصحية التابعة للمكاتب التنفيذية للجهاز السياسى بالمنطقة وأن يكون لدى الأخصائى الإجتماعى دليل مفصل من جميع الموارد.

١١ - إتخاذ البحث الإجتماعى وسيلة لحل مشاكل المريض (فى الأسرة أو العمل أو المدرسة) وإعتبار السرية الكاملة فيما يدلى به المريض من مشاكل وأسرار أمراً أساسياً فى عمل الأخصائى الإجتماعى، ولا يتأتى ذلك إلا بتهيئة الإمكانيات المكانية والمادية للمحافظة على هذه السرية.

١٢ - القيام بتدريب الفئات التى يوكل إليه تدريبها فى ميدان الخدمة الإجتماعية الطبية، كبعض العاملين فى الميدان الإجتماعى وطلبة معاهد وكليات الخدمة الإجتماعية.

١٣ - التعاون مع إدارة الوحدة لحل المشاكل التى يثيرها المرضى أثناء تواجدهم أو ترددهم على الوحدة.

١٤ - يعتبر متابعة العمل الإجتماعى من أهم العوامل لنجاح وإنجاز جهود الأخصائى الإجتماعى.

وهنا نؤكد أن الأخصائي الإجتماعى الطبى عندما يمارس طريقة تنظيم المجتمع لا يقوم بمعالجة أفراد أو جماعات بل إن دوره العلاجى يتم على مستوى المجتمع (المؤسسة الطبية - المجتمع الخارجى) حيث ينبه المجتمع لوجود قسم الخدمة الإجتماعية الطبية موضحاً جهود وخدمات هذا القسم ومحاولة ربط الجمعيات الأهلية والمتطوعين فى محاولة منهم لرفع مستوى الخدمات وتنمية الموارد البيئية والإعتماد على القيادات المحلية فى دعم المؤسسة الطبية أو بعبارة أخرى للعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة.

ومن أهم أدوار أخصائى تنظيم المجتمع الطبى دوره مع الجهاز الفنى والإدارى للمستشفى «التنظيم الذى يعمل من خلاله» حيث يعمل مع المستويات الإدارية المختلفة ويتضح دوره فى مساعدة الإدارة الصحية على المستوى الأعلى والمتوسط على القيام بالأعمال الآتية:

١ - توفير النواحى المالية للوحدات الصحية المحلية.

٢ - دراسة الحاجات الصحية للمجتمع وكذا إمكانياته للقيام بتخطيط برنامج يواجه هذه الحاجات الصحية، ويغطى النقص من الخدمات القائمة.

٣ - تحديد معايير الخدمة الصحية على المستوى المحلى.

٤ - تعيين الأفراد وتدريبهم.

٥ - القيام بالأبحاث فى المجال الصحى.

٦ - إصدار القوانين واللوائح والقرارات الصحية اللازمة.

٧ - تقوية الروابط الصحية الدولية

كما يتوخى فى البرنامج الصحى على المستوى المحلى تقديم الخدمة الصحية المباشرة.

١ - مكافحة الأمراض المعدية.

٢ - صحة البيئة.

٣ - رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورعاية الشباب.

٤ - حفظ السجلات.

٥ - التربية الصحية.

٦ - التمريض الصحى العام.
٧ - الرعاية الطبية.

ولا تعتبر أى خدمة صحية شاملة إلا إذا قدمت هذه الخدمات السبع السابقة وإذا كان المجتمع صغيراً فمن الممكن دمج هذه الخدمات فى وحدة واحدة كما هو الحال فى المجتمعات الصحية والوحدات الريفية وإذا كان المجتمع أكبر من ذلك فتقدم هذه الخدمات السبع عن طريق وحدات متخصصة كما هو الحال فى القطاع الحضرى فى مراكز رعاية الأمومة . ومكاتب الصحة والمستشفيات المركزية ومكاتب الثقافة الصحية.

وإذا كان المنظم الإجتماعى فى المؤسسة الطبية يهدف إلى تحقيق أهداف هذه المؤسسة، فإن تحقيق هذه الأهداف يرتبط إرتباطاً وثيقاً بالجهاز الإدارى، والفنى المتعاون ولذلك يساعد المنظم الإجتماعى الجهاز الإدارى من خلال الإعتماد على العناصر الآتية:

١ - التخطيط للبرنامج الذى يعنينا إنجازها.

وهنا سنلقى الضوء على نظرية «مارى روس» لدور المنظم الإجتماعى فى التنظيمات الإجتماعية (فى المستشفى أو المؤسسة التأهيلية).

أولاً: دور المرشد:

ويقوم المنظم الإجتماعى بهذا الدور لمساعدة المستشفى على إيجاد الوسائل المختلفة لتحقيق أهدافها حيث يقوم المنظم الإجتماعى بالآتى:

١ - المبادأة: بحيث يقوم المنظم الإجتماعى بإستثارة الوعى الإجتماعى العاملين فى المنشأة الطبية لإدراك مشاكلهم، وأصعب الأعمال التى تواجه المنظم الإجتماعى (كمرشد) عندما يعمل فى مجتمع يظهر فيه نوع من سوء التنظيم أو الإتكالية واللامبالاة والإقتناع بالأوضاع القائمة حتى وأن كانت سيئة، لذلك فإن عليه أن يعمل معهم على خلق الشعور بالحاجة وعدم الرضا عن الظروف القائمة.

٢ - الموضوعية: حيث يقوم المنظم الإجتماعى بتقبل مجتمع المستشفى الذى يعمل بها بظروفها وأوضاعها حتى بدون أن يتحيز لها حتى يتمكن من كسب ثقة العاملين فى المستشفى تمهيداً لأحداث التغييرات الإجتماعية فيه.

٣ - **التعرف على مجتمع المستشفى أو المنشأة الطبية**: حيث يقوم المنظم الإجتماعى بتكوين علاقات مهنية مع كل جماعات المستشفى والإرتباط بالمستشفى ككل دون الإهتمام بجماعة منه دون الجماعات الأخرى.

٤ - تقبل الدور وتوضيحه وتفسيره: إذ يجب على المنظم الإجتماعى أن يتقبل دوره بإعتباره المساعد والمعاون للتنظيم على التغلب على مشكلاته وألا يتحمل عنهم المسئوليات بل يساعدهم على تحمل مسئولياتهم فى حل المشكلات وإشباع الإحتياجات.

كما ينبغى أن يقوم بتوضيح وتفسير دوره من خلال المواقف المختلفة التى يتعامل فيها مع التنظيمات الإجتماعية بالمستشفى.

ثانياً: دور المنظم الإجتماعى «دور الممكن»:

حيث يقوم المنظم الإجتماعى فى هذا الدور بتسهيل عمليات تنظيم المجتمع داخل المستشفى أو المنشأة الطبية.

١ - التركيز على عدم الرضا على الأوضاع السيئة السائدة فى المستشفى وذلك عن طريق الإستمرار فى إستثارة العاملين بالمستشفى للشعور بعدم الرضا عن هذه الأوضاع لضمان إستمرار العمل وإيجاد البرامج التى تهدف إلى مواجهة المشكلات.

٢ - مساعدة العاملين فى المستشفى للإرتباط بالتنظيمات الإجتماعية القائمة وتشجيع هذه التنظميات لكى تنهض بمسئولياتها حتى لا يشعر العاملون بقصورها عن إشباع إحتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

٣ - دعم العلاقات فى المنشأة الصحية وذلك عن طريق:

أ - العمل على حل الخلافات والنزاعات التى قد تكون قائمة بين العاملين فى المستشفى.

ب - إيجاد البرامج الهادفة إلى التخلص من الخلافات مع غيرهم من العاملين، وتدعيم العلاقات التعاونية من خلال إشتراكهم فى البرنامج.

جـ - إيجاد برامج للعلاقات العامة تهدف إلى إيجاد الوعى والشعور والإنتماء لمجتمع المستشفى وجماعاته وتنظيماته.

٣ - القيام بالبحوث والدراسات اللازمة للتعرف على إحتياجات المجتمع ومشكلاته وموارده وإمكانياته.
٤ - وضع خطة العمل على أسس الأهداف التى يحددها الجهاز لإشباع حاجات جماهير المجتمع ولحل مشكلاتهم وترتيب تلك الحاجات حسب أولوياتها من وجهة نظر المجتمع.
٥ - العمل على تنسيق جهود هيئات ومؤسسات وجمعيات المجتمع لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تؤديها للمواطنين.
٦ - العمل على حل المشكلات أو الصراعات أو التناقضات التى قد تنشأ بين أفراد وجماعات وتنظيمات المجتمع وتقوية الروابد وتحسن العلاقات بين أفرادها وقيادات المجتمع الممثلة فى الجهاز أو التنظيم الذى يعمل معه أخصائى تنظيم المجتمع.
٧ - العمل على إكتشاف القادة الشعبيين والمساهمة فى تدريبهم وتثقيفهم وتهيئتهم لتحمل مسئوليات العمل الإجتماعى.
٨ - العمل على إيجاد بعض المشروعات العامة التى تستنفيد منها الوحدات الممثلة فى جهاز تنظيم المجتمع والتى تفيد المجتمع فى نفس الوقت كمراكز التدريب ومكاتب التطوع ومشروعات التمويل.
٩ - القيام بمد الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة فى المجتمع بالمشورة الفنية التى تساعد على القيام بمسؤلياتها خير قيام.
١٠ - العمل على تشجيعل تطوع أفراد المجتمع للمساعدة فى برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية والتنظيم والتطوع [٨].
١١ - تنظيم المؤتمرات والمجتمعات والندوات والمناقشات ونشر المطبوعات والقيام بمشروعات نموذجية وما شابه ذلك العمل على نشر الوعى وتنوير الرأى العام على إنشاء التنظيمات الجديدة التى قد يحتاج إليها المجتمع.
١٢ - العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها الهيئات والمؤسسات والجمعيات لسكان المجتمع على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى هؤلاء السكان وتحفظ عليهم كرامتهم.
١٣ - تنظيم مكتب أو قسم الإستعلامات بجهاز التنظيم فى المجتمع لكى

يستطيع السكان التعرف عن طريق الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة بالمجتمع بأنواع الخدمات التى تقدمها تلك الوحدات وطريقة الحصول عليها.

١٤ - قياس الرأس العام لسكان المجتمع وتحليله وعمل الإعلام اللازم للرد عليه.

١٥ - العمل على مؤازرة المشروعات الحكومية وتشجيع سكان المجتمع على مساندتها وتدعيمها والإستفادة منها وتحديد العلاقات بين الأجهزة الأهلية والحكومية التى تمس أنشطة المجتمع أو الأنشطة التى ترتبط بها.

١٦ - تسجيل جميع الأعمال والأنشطة والمشروعات والبرامج التى يقوم بها جهاز تنظيم المجتمع والتأكيد على أنها تسجل تسجيلاً دقيقاً.

١٧ - تقويم جميع أعمال ومشروعات وبرامج جهات تنظيم المجتمع لقياس مدى نجاحه أو فشله وكذلك يقيم الأخصائي الإجتماعى أعماله ودوره المهنى الذى يمارسه فى تنظيم المجتمع.

١٨ - غير ذلك من الأعمال التى تقتضيها طبيعة العمل والظروف المحيطة به، أو ما يقره المسؤلون عن جهاز تنظيم المجتمع.

مراجع الفصل التاسع

١ - وحول الرعاية الإجتماعية للمعوقين أنظر كل من:

- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الإجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، رؤية متطور للواقع العربى،، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ٤٠٩ - ٤١٥.
- محروس خليفة، أنصاف عبد العزيز، الخدمة الإجتماعية وأساليب الرعاية، رؤية نقدية للمفاهيم والممارسات، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧، ص ٧٠.
- عثمان لبيب فرج، فلسفة وسائل دمج المعوقين فى المجتمع، إتحاد رعاية الفئات الخاصة، العدد (٨) ديسمبر ١٩٨٦، ص ٧.
- زينب أبو العلا، وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى محيط الفئات الخاصة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦، ص ص ٣١ - ٣٢.
- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩ ص ١٨٣.

٢ - محمد سيد فهمى، السلوك الإجتماعى للمعوقين، دراسة فى الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٣ ،و ص ص ٢١٧ - ٢١٨.

٣ - محروس محمود خليفة، مدخل الممارسة المهنية فى ميادين الرعاية الإجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٠ ص ص ٢١٨ - ٢٢٠.

٤ - بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ص ٣٧ - ٤٢.

٥ - أنظر وقارن:

- فاطمة مصطفى الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الإجتماعية، مكتبة الإنجلو المصرية ١٩٧٤، ص ص ٦٠٦ - ٦٢١.

٦ - فاطمة مصطفى الحارونى، المرجع السابق، ص ص ٦٦٤ - ٦٦٩.

٧ - أنظر وقارن:

- أنيس عبد الملك، وآخرون، خدمة الجماعة، فى المجتمع الإشتراكى، مكتبة الإنجلو المصرية ١٩٦٤، ص ص ٤٢٧ - ٤٣٦.

٨ - وحول دور طريقة تنظيم المجتمع مع المعوقين أنظر كل من:

- أحمد مصطفى خاطر «طريقة تنظيم المجتمع»، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤ ص ص ١٨٩ - ١٩٠.
- أحمد كمال أحمد، تنظيم المجتمع، نظريات وحالات، الجزء الثاني، مكتبة القاهرة الحديثة ١٩٦٣.
- سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الإجتماعية في تنظيم المجتمع، مكتبة الإنجلوا المصرية ١٩٧٤.
- هدى بدران، تنظيم المجتمع، مطبعة المليجي، القاهرة، ١٩٦٩.
عبد الحليم رضا عبد العال، تنظيم المجتمع النظرية والتطبيق، المكتبة التجارية الحديثة، القاهرة، ١٩٨٦.
- عبد المحي محمود حسن، الممارسة المهنية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٨، ص ص ٢٢٣ - ٢٥٠.
وحول الرعاية الإجتماعية مع الفئات الخاصة أنظر كل من :
- Byme, T. , Padfield, F. C., Social Services : Made Simple, 2nd ed., London, Heineman, 1983, p. 2 - 4.
- Spick, P., Stigma and Social Welfare, London Croom Helm Ltd., 1984, p. 3.
- Diana M. Dinitto and Thomas R. Dye, Social Welfare Politics and Public Policy Prentice Hall, Inc., N. J., 19833, pp. 7 - 9.
- Margart Robinson, Sckools and Social Work, Routledge and Kegan Pual, London, 1978, pp. 201 - 209.

نماذج للمؤسسات المتخصصة
فى تأهيل ورعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية

تقديم:

إذا كان النصف الثانى من هذا القرن شهد إهتماماً متزايداً برعاية المعوقين على المستوى العالمى، فإن كثير من دول العالم النامى قد أولت إهتماماً خاصاً بهذه الفئات، وذلك برسم السياسات ووضع الخطط والبرامج لمواجهة إحتياجاتهم والحد من مشكلاتهم الناجمة عن الإعاقة، وتوفير كافة السبل لتأهيلهم ورعايتهم.

وفى مجتمعنا المصرى زاد الإهتمام بالمعوقين وخاصة بعد ثورة يوليو ١٩٥٢، وتزايد بشكل واضح بعد نصر أكتوبر عام ١٩٧٣، إعترافاً بفضل هذه الفئة وما قدمته للوطن من تضحية وفداء، ولذا إهتمت جميع الوزارات بتوفير أوجه الرعاية المختلفة لخدمة هؤلاء المعوقين، ومن أوجه هذه الرعاية صدور القوانين والقرارات الوزارية المتتالية بشأن تأهيل ورعاية هذه الفئات من جانب، وإنشاء العديد من المؤسسات المتخصصة فى تأهيل ورعاية المعوقين بجمهورية مصر العربية من جانب آخر.

ولقد ساهمت مهنة الخدمة الإجتماعية مع غيرها من المهن الأخرى فى مساعدة المعوق على مواجهة مشكلاته وإشباع حاجاته المختلفة، والعمل على تأهيله وإستثمار كافة الطاقات والقدرات المتبقية لديه من خلال تعليمه وتوجيهه وتدريبه على عمل يناسب قدراته وإمكانياته ليحيى حياة طبيعية داخل أسرته ومجتمعه.

وبناء على ماتقدم سنقدم عرضاً موجزاً لبعض المؤسسات والقوانين الخاصة بتأهيل ورعاية المعوقين وذلك على النحو الآتى :

أولاً : عرض مختصر لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالإسكندرية.

ثانياً : عرض مختصر لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالقاهرة.

ثالثاً : عرض لبعض القوانين والقرارات الوزارية الصادرة بشأن تأهيل ورعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية.

أولاً : عرض لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالإسكندرية (*)

مقدمة :

تعتبر جمعية التأهيل المهنى بالإسكندرية من الجمعيات ذات النفع العام والتى تقدم خدماتها للمعوقين بجميع فئاتهم ذكوراً وإناثاً منذ بدأت الجمعية نشاطها عام ١٩٥٣ عن طريق إنشاء مكتب التأهيل المهنى ثم توسعت الجمعية منذ ذلك التاريخ وحتى الآن بإنشاء العديد من المشروعات حتى بلغ عدد مشروعاتها الحالية أربعة وعشرون مشروعاً تعمل جميعها فى تكاتف وتآزر تام لتقديم مايلزم المعوقين وأسرهم من خدمات تأهيلية بهدف إعدادهم بدنياً بصرف الأجهزة الطبية والتعويضية التى تيسر لهم الإنتقال والحركة وكذلك علاج حالات شلل الأطفال وغيره من الأمراض التى يجدى فيها العلاج الطبيعى كذلك العمل على تدريب الحالات على المهنة المناسبة سواء بالقسم الداخلى أو الأقسام الخارجية أو الورش والمحلات المتوفرة فى البيئة المحلية ومنح شهادات التأهيل المهنى لمن أنهوا تدريبهم بنجاح تمهيداً لقيدهم فى مكتب العمل الكائن أيضاً بمقر الجمعية وحتى يسهل على المعوقين قيد أنفسهم ومتابعة الجمعية لعملية ترشيحهم وتشغيلهم بالشركات والهيئات المختلفة والإطمئنان على تكيفهم وإستقرارهم فى محيط العمل كما تقوم الجمعية بصرف بطاقات تحقيق شخصية المعوق وهى بطاقة تعريف بالمعاق والإعاقة التى يعانى منها فضلاً عن البيانات الشخصية وهذه البطاقة تتيح للمعوق الإستفادة بالخدمات والتيسيرات التى تقدمها الوزارات المختلفة. ومن أمثلة ذلك التيسيرات التى تقدم للمعوقين : الإسكان - الإدارة المحلية، وغير ذلك من التيسيرات التى يعمل مكتب العلاقات بالجمعية على كسب المزيد من تلك الإمتيازات كدخول الحدائق والمتنزهات والشواطئ وركوب المواصلات العامة والعلاج المجانى وغير ذلك من التيسيرات التى من شأنها معاونة المعوقين على شق طريقهم فى الحياة وإندماجهم وتكيفهم مع المجتمع

---

(١) التقرير السنوى عن نشاط جمعية التأهيل المهنى بالإسكندرية عام ١٩٩٧.

ورفع روحهم المعنوية ولايخفى أثر ذلك كله على الإنتاج والإقتصاد بوجه عام.

وتقوم الجمعية بتقديم تلك الخدمات مجاناً إلا إذا ثبت من البحث الإجتماعى إمكان قيام الحالة بدفع نفقات الخدمة المطلوبة أو المساهمة فى جزء منها. كما أن الجمعية لاتدخر وسعاً فى النهوض بخدماتها والعمل على تحسين الأداء وذلك بإتاحة فرص التدريب للعاملين بها والأخذ بأحدث الوسائل التكنولوجية لتيسير حصول عملائها على الخدمات المناسبة وقد أصبحت الجمعية من المعالم البارزة بمدينة الإسكندرية نتيجة لنشاطها وخدماتها وماتقدمه من تسهيلات للدارسين والمهتمين فى ميدان رعاية المعوقين وفى الصفحات التالية تعريف بمشروعات الجمعية والخدمات التى تم تقديمها مدعمة بالإحصاءات والرسوم البيانية.

أولاً : مكاتب التأهيل المهنى :

تعتبر مكاتب التأهيل المهنى من المؤسسات الهامة التى تقوم برعاية جميع فئات المعوقين من الجنسين وتوجيههم التوجيه الذى يتناسب مع إمكانياتهم البدنية والعقلية والنفسية من خلال مايقدم لهم من الخدمات الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية والتعليمية والترفيهية وغيرها من الخدمات الأخرى.

وتعتمد المكاتب فى توفير تلك الخدمات على البيئة المحلية وما بها من الشركات والهيئات الأهلية والحكومية والمستشفيات وأماكن الأعمال المختلفة من نجارة وميكانيكا وبرادة... إلخ كما تعمل المكاتب بالتعاون مع وزارة القوى العاملة على تنفيذ التشريعات والقوانين التى تيسر للمعوقين فرصة الإلتحاق بالشركات والمؤسسات ضمن النسبة القانونية (٥ ٪) المقررة لتشغيل المعوقين... وقدبلغ عدد مكاتب التأهيل المهنى حالياً خمسة مكاتب بيانها كالآتى:

١ - مكتب شرق الإسكندرية... ويخدم المقيمين بمنطقة الرمل وسيدى جابر.

٢ – مكتب غرب الإسكندرية... ويخدم المقيمين فى بعض أحياء غرب المدينة.

٣ – مكتب وسط الإسكندرية ... ويخدم المقيمين بوسط المدينة.

٤ – مكتب المنتزة ... ويخدم المقيمين بحى المنتزة.

٥ – مكتب العامرية ... ويخدم المقيمين بحى العامرية ومينا البصل وبرج العرب.

وفى الخطة المستقبلية للجمعية أيضاً للعمل على افتتاح مكتبين للتأهيل المهنى[١] – أحدهما جهة أبو قير بشرق المدينة والآخر جهة غرب بحى الجمرك – وحتى يجد المنتفعين ما يحتاجون إليه من خدمات قريباً من سكنهم... وتقوم مكاتب التأهيل المهنى حالياً برصد وحصر جميع المعلومات المتعلقة بحالات المعوقين وتغذية الحاسب الآلى «الكمبيوتر» بها وحتى يمكن التعامل مع البيانات اللازمة عن أى حالة فى حينه بدون تأخير وتلافياً لعدم الإزدواج فى تقديم الخدمات.

كما تقوم الجمعية بعقد إجتماعات بصفة دورية مع العاملين بمكاتب التأهيل المهنى لمناقشة سير العمل وما يستجد من تشعريات ونظم وإستعراض الموضوعات وتقديم المقترحات التى من شأنها التخفيف عن المعوقين وتلبية طلباتهم والعمل على حل ما يعترضهم من مشكلات – كذلك متابعة المشتغلين بمقر العمل للإطمئنان على تكيفهم وإستقرارهم النفسى والمهنى، ويضم كل مكتب تأهيل مهنى هيئة من العاملين الفنيين والإداريين حيث يتم إستكمال دراسة كل حالة من مختلف النواحى فبالإضافة إلى مدير كل مكتب يضم الهيكل الوظيفى الإخصائيين الإجتماعيين والنفسيين والمهنيين والأطباء – إذا يستلزم للحالة حتى تحصل على الخدمة التأهيلية إجراء الفحوص الإجتماعية والنفسية والمهنية والفحص الطبى الشامل ..

وفى الصفحات التالية بيان إحصائى بنشاط مكاتب التأهيل المهني.

نشاط مكاتب التأهيل المهنى

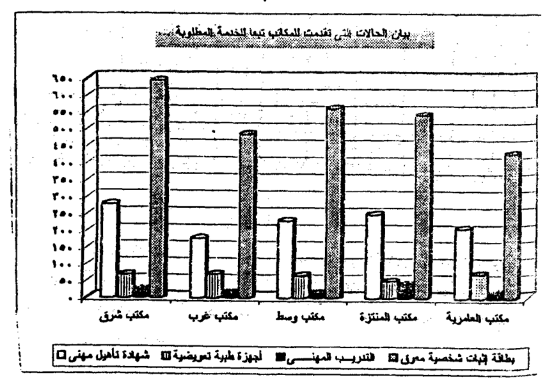
.. .. ..

: الحالات التى تقدمت للمكاتب :

١-بيان الخدمات المطلوبة :-

البيـــان	مكتب شرق	مكتب غرب	مكتب وسط	مكتب المنتزة	مكتب العامرية	المجموع
شهادة تأهيل مهنى	٢٧٨	١٧٨	٢٣٠	٢٥٠	٢٠٩	١١٤٥
أجهزة طبية تعويضية	٦٩	٧١	٦٧	٥١	٧٣	٣٣١
التدريب المهنـى	٢٦	١٧	١٨	٤٣	١٩	١٢٣
بطاقة إثبات شخصية معوق	٦٤٤	٤٨٧	٥٦٢	٥٤٣	٤٣١	٢٦٦٧
المجمـــوع	١٠١٧	٧٥٣	٨٧٧	٨٨٧	٧٣٢	٤٢٦٦

جدول رقم (١)



ويتضح من ذلك أن أكثر الخدمات المطلوبة للحالات المتقدمة للمكاتب هى الحصول على بطاقة إثبات شخصية المعوق - ويرجع ذلك إلى أنه بموجب هذه البطاقة يمكن لحاملها الإستفادة من أية مميزات قد تقررها الدولة أو المحليات أو الهيئات للمعاقين، وعلى سبيل المثال فإنه بموجبها يمكنه الحصول على تصاريح الركوب المجانية للمواصلات الداخلية وتصاريح إرتياد دور السينما ومسارح القطاع العام والإعفاء من رسوم الدخول للمتنزهات والحدائق التابعة لمحافظة الإسكندرية وغيرها من الخدمات التى تمنح كميزة للمعوق نتيجة للإتصالات التى يقوم بها مركز العلاقات العامة وخدمة المعوقين التابع للجمعية.

٢ - بيان فئات السن :

الفئة / المكتب	أقل من ٦ سنوات	من ١٢: ٦	من ١٨: ٢	من ٢٤:١٨	من ٣٠:٢٤	من ٣٦:٣٠	من ٤٢:٣٦	٤٢ فاكثر	المجموع
مكتب شرق	١	٥	١٧٦	٢٩٠	٢٥٦	١٧٧	٧٣	٣٩	١٠١٧
مكتب غرب	٤	٣٩	١٠٩	١٦٨	١٠٨	٨٧	٥٢	١٨٦	٧٥٣
مكتب وسط	٧	٣٦	١٢٧	٢١٦	١١٨	١٠٥	٥٧	٢١١	٨٧٧
مكتب المنتزة	٧	٣١	١٥٣	٢٨٦	١٦٦	٧٩	٥٠	١١٥	٨٨٧
مكتب العامرية	١٤	٣٣	١٣٧	٢١٠	١١٣	٦٦	٣٨	١٢١	٧٣٢
المجموع	٣٣	١٤٤	٧٠٢	١١٧٠	٧٦١	٥١٤	٢٧٠	٦٧٢	٤٢٦٦

جدول رقم (٢)

ومن الملفت أن معظم المتقدمين لمكاتب التأهيل المهنى للإستفادة من الخدمات التأهيلية فى سن الشباب (١٨ - ٢٤) وهذه ظاهرة صحية يستبين منها مدى إهتمام شباب المعوقين بالخدمات التأهيلية التى تتيحها الدولة لهم وتضمن لهم حياة مستقرة.

٣ - بيان الجنس والإعاقة :

الإعاقة / النوع	ضعف إبصار	كفيف	شلل أطفال	بتر الأطراف	أصم أبكم	قصور ذهنى	إعاقات قلبية وصدرية	إعاقات متعددة	أخرى	المجموع
ذكـور	٣٦٥	١٤٧	٨٣٠	٣٧٤	٤٧٧	٤١٨	٥٧	٩٧	٦٠٤	٣٣٦٩
إنـاث	٦٤	٥٣	٢٥٨	٨٩	١٦٣	١٠٤	٦	٢٨	١٣٢	٨٩٧
المجموع	٤٢٩	٢٠٠	١٠٨٨	٤٦٣	٦٤٠	٥٢٢	٦٣	١٢٥	٧٣٦	٤٢٦٦

جدول رقم (٣)

تمثل حالات شلل الأطفال الجزء الأكبر فى تصنيف الإعاقات ... وسينخفض هذا المؤشر فى المستقبل القريب حيث تلاشت فى الآونة الأخيرة إصابات شلل أطفال فى حالات الطفولة المبكرة وتمثل النسبة المذكورة فى الإحصائية الإصابات المتوافرة حالياً فى سن الطفولة المتقدمة وسن الشباب.

الخدمات التى تم تقديمها للمستفيدين:

١ - بيان مجموع الخدمات المقدمة من كل مكتب:

المكتب / الخدمة المقدمة	مكتب شرق	مكتب غرب	مكتب وسط	مكتب المنتزة	مكتب العامرية	المجموع
شهادة تأهيل مهنى	٢٦٦	١٧٣	٢٠٥	٢١١	١٩٨	١٠٥٣
أجهزة طبية وتعويضية	٥٥	٨١	٥٩	٤٠	٤٦	٢٨١
التدريب المهنى	٢١	١٥	١٥	٤٠	١٣	١٠٤
بطاقة إثبات شخصية	٥٥٢	٤٨٧	٥٢٢	٤٣٧	٣٩٨	٢٣٩٦
المجمـــوع	٨٩٤	٧٥٦	٨٠١	٧٢٨	٦٥٥	٣٨٣٤

٢ - بيان أنواع الأجهزة التعويضية التى تم صرفها :

البيان / المكتب	جهاز شلل	ساق صناعى	دراجات وكراسى	حذاء طبى	عكاز	كورسيه	سماعات طبية	شراب طبى	أخرى	المجموع
مكتب شرق	٩	١٦	٧	٨	١	٩	٤	٢	١	٥٧
مكتب غرب	١١	٢٨	١١	١٤	١٨	٨	٧	٦	٤	١٠٧
مكتب وسط	٧	٩	١٧	١١	٢	٤	٥	٣	١	٥٩
مكتب المنتزة	٩	٦	٨	٨	١	٣	٣	–	٢	٤٠
مكتب العامرية	١٠	١٨	١٢	٣	–	٢	٢	١	–	٤٨
المجموع	٤٦	٧٧	٥٥	٤٤	٢٢	٢٦	٢١	١٢	٨	٣١١

جدول رقم (٥)

ويلاحظ تعدد الأجهزة لبعض الحالات التى قد تعانى أكثر من عاهة واحدة أو من عاهة مركبة تستدعى إستخدام أكثر من جهاز تعويض واحد.

٣ - بيان المهن للحالات التى حصلت على شهادات التأهيل :

البيان / المكتب	مؤهلات دراسية	كهرباء والكترونيات	حياكة وتريكو وتطريز	نقش وزخرفة ودهان	حدادة وبرادة	ميكانيكى سيارات	نجار واسترجى	سروجى	أحذية	سويتش	خدمات معاونة	أخرى	الاجمالى
مكتب شرق	٦٧	١٣	١٨	١٦	٨	١٢	٢٩	١٢	٧	٧	١٦	٥١	٢٦٦
مكتب غرب	٥٦	٢	١٤	٣	٧	١١	٣٣	٣	٦	–	٧	٣٣	١٧٢
مكتب وسط	٨٥	٨	١٤	٣	١	٤	٣٠	٣	٢	٣	١٧	٣٥	٢٠٥
مكتب المنتزة	٨٠	٧	١٤	٦	١	٣	٣٠	٩	٥	٤	١٦	٣٦	٢١١
مكتب العامرية	٨٤	٩	٥	٢	٤	٥	١٥	٩	١	٣	٢٢	٣٩	١٩٨
المجموع	٣٦٧	٤٩	٦٥	٣٣	٢١	٣٥	١٣٧	٣٦	٢١	١٧	٧٨	١٩٤	١٠٥٣

جدول رقم (٦)

وتمثل فئة الحاصلين على مؤهلات دراسية أكثر الفئات المستفيدة من خدمة الحصول على شهادة التأهيل المهنى حيث يمثل مؤهلهم العلمى تأهيلاً على المهن التى تتفق مع المؤهل ولايستلزم إجراءات تأهيل مهنى جديدة يليها المهن الفنية طبقاً لبرامج التدريب المتاحة وإحتياجات سوق

العمل فمنه النجارة والدهانات الخشبية من أكثر المهن المطلوبة للسوق المحلى يليها أعمال الكهرباء والألكترونيات ثم الخدمات المعاونة ... إلخ.

٤ - بيان الحالات التى تم تشغيلها هذا العام:

البيان	مكتب شرق	مكتب غرب	مكتب وسط	مكتب المنتزة	مكتب العامرية	المجموع
يناير	٩	١٠	٤	٩	-	٣٢
فبراير	١١	٥	٦	٣	٤	٢٩
مارس	١٢	٧	١٤	٨	٢	٤٣
أبريل	٧	٢	١٢	٨	٢	٣١
مايو	٩	٨	٨	١٠	١٠	٤٥
يونيه	١٨	٤	١٠	٨	٦	٠٦
يوليو	١٠	١٣	١٣	٥	٧	٤٨
أغسطس	٩	٤	١٢	٥	٨	٣٨
سبتمبر	٩	٧	١٣	١١	٨	٤٨
أكتوبر	١٥	٦	١٤	٩	١١	٥٥
نوفمبر	٨	١٠	١٣	٧	٤	٤٢
ديسمبر	١٤	١٤	١١	١٢	١٢	٦٣
المجموع	١٣١	٩٠	١٣٠	٩٥	٧٤	٥٢٠

جدول رقم (٧)

ويرجع إنتعاش عملية تشغيل المعوقين إلى التجربة الرائدة التى قامت بها جمعية التأهيل المهنى بالإسكندرية بالإشتراك مع مديرية القوى العاملة والهجرة بالمحافظة والتى تتمثل فى تخصيص مكتب عمل مركزى لتشغيل المعوقين ثم إلحاقه بمقر الجمعية مما سهل عملية الربط بين التأهيل والتشغيل بحيث لاتعانى محافظة الإسكندرية حالياً نتيجة لهذه التجربة أية معوقات فى إلحاق المعوقين المؤهلين مهنياً بالوظائف المناسبة لتأهيلهم.

٥ - بيان الخدمات المساعدة التى قدمتها المكاتب للمترددين :

البيان	قسم المكتب					المجموع
	م.شرق	م.وسط	م.غرب	م.المنتزة	م.العامرية	
بحث سيارة مجهزة	٤٩	٤٣	٢٦	٢٢	٢٧	١٦٧
خطابات لهيئة المواصلات السلكية واللاسلكية	٦٩	١٠٨	٤٨	٥٠	٤٦	٣٢١
خطابات الاحياء	١٤	٧٣	-	٢٦	٥٦	١٦٩
الرد على شكاوى والتماسات العملاء	١٢	١٩	١٩	٣١	٣٩	١٢٠
خدمات أخرى	٨	٣٩	-	٣٤٣	٦٨	٤٥٨
المجموع	١٥٢	٢٨٢	٩٣	٤٧٢	٢٣٦	١٢٣٥

جدول رقم (٨)

يمثل هذا الجدول الخدمات الفرعية التى تؤدى للمعاقين حلاً لما قد يواجههم من مشاكل فى تعاملاتهم مع مختلف الهيئات والمصالح مثل الأحياء وهيئة المواصلات السلكية واللاسلكية ومؤسسة الكهرباء وخلافه - وقد أنشأ لهذا الغرض مركز العلاقات العامة وخدمة المعوقين التابع للجمعية والقائم على العمل فيه نخبة من الإخصائيين فى مختلف التخصصات والمدربين على الإتصال بالهيئات المختلفة لإزالة مسببات مشاكل المعوقين.

المناطق التى يتقدم منها العملاء
على مكاتب التأهيل المهنى

المنطقة	عدد المترددين	المنطقة	عدد المترددين
محرم بك	٥٢٦	القبـارى	١٧٤
العطارين	٦٨	الدخيلـة	٧٣
كرموز	٣٥٨	العجمى	٤٨
المنشية	٦٦	المتـراس	٢٩
الجمرك	١٩٤	وادى القمر	١٥
اللبان	١١٠	باب شرقى	٢٨٣
مينا البصل	٣٢	سيدى جابر	١٨٣
العامرية	١٢٨	الرمـل	٧٨٢
برج العرب	٣١	المنتـزة	٨٨٧
الورديان	٢١٦	مناطق أخرى	٥٣
المجموع الكلى للمترددين			٤٢٦٦

جدول رقم (٩)

المتقدمين والمستفيدين من مكاتب التأهيل المهنى
فى السنوات الثلاث الأخيرة (١٩٩٥ - ١٩٩٧)

السنـة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	المجموع
متقـدم	٢٦٤٠	٣٩٩٤	٤٢٦٦	٢٥٣٧٤
مستفيـد	٢٢٦٢	٢٩٢٢	٣٨٣٤	٢٢٥٧٨

جدول رقم (١٠)

يتضح من هذا الجدول الزيادة المستمرة فى كل عام عن سابقه لعدد المتقدمين للحصول على الخدمات التأهيلية وأيضاً كم الزيادة فى عدد

المستفيدين من هذه الخدمات التى تقدمها مكاتب التأهيل المهنى ويرجع ذلك إلى التوسع فى إنشاء مكاتب تأهيل جديدة بمختلف أحياء المحافظة مما سهل على المعاقين الإتصال بالمكتب التابع لها سكنياً بسهولة دون تحمل مشاقة الإنتقال من مكان إلى آخر.

ثانياً : مؤسسة التأهيل المهنى :

افتتحت مؤسسة التأهيل المهنى عام ١٩٥٥ لرعاية الذكور المصابين ببتر أو شلل أو عجز خلقى قابل للتدريب والمحولين من مكاتب التأهيل المهنى بعد إجراء البحوث الإجتماعية والفحوص النفسية والطبية وصرف مايلزم من الأجهزة التعويضية بغرض تأهيلهم مهنياً وإجتماعياً بالقسم الداخلى بالمؤسسة.

شروط القبول بالمؤسسة:

١ - أن تكون الحالة من الذكور من سن ١٤ سنة حتى ١٨ سنة.
٢ - أن تكون الحالة مصابة ببتر أو شلل أو عجز.
٣ - أن تكون الحالة قادرة على خدمة نفسها.
٤ - أن تكون الحالة خالية من الأمراض المعدية.
٥ - أن تكون الحالة من أبناء محافظة الأسكندرية.
٦ - أن تكون الحالة حاصلة على مايلزمها من أجهزة تعويضية من المكتب المحولة عن طريقه.

الخدمات التى تقدمها المؤسسة لعملائها:

أولاً : الخدمات المهنية:

يتم ذلك عن طريق توزيع العملاء على الأقسام المهنية عن طريق لجنة القبول للعاجزين ويوضع العميل تحت الملاحظة لمدة شهرين وفى حالة عدم إستجابة العميل للتدريب على المهنة المحول إليها يتم الكتابة للمكتب المختص مع التوصية بتوجيهه إلى مهنة أخرى تتناسب مع رغبته وعجزه وذلك تحت

إشراف ومتابعة الأخصائي المهني لكل مكتب تأهيل كما تسعى المؤسسة إلى تطوير الأقسام المهنية وإعدادها بالأجهزة والمعدات الحديثة وإستحداث ورش حديثة تتمشى مع إحتياجات السوق، كما تقوم بتدريب عملاء المكاتب بورشها المختلفة.

ثانياً : الخدمات الإجتماعية:

تتمثل في حل المشكلات التي تواجه العملاء أثناء تواجدهم بالأقسام المهنية وأثناء فترة النشاط الحر أو الفترة الليلية كما تشتمل على الآتي:

١ - الرعاية الصحية:

يتم ذلك عن طريق الكشف الدوري على العملاء الذي يقوم به طبيب المؤسسة وكذلك الغيارات اليومية التي تقوم بها الحكيمة وتحويل الحالات إلى المستشفيات وكذلك صرف الأجهزة التعويضية.

٢ - الفصول الدراسية:

تهتم المؤسسة بالناحية التعليمية بنفس الإهتمام بالناحية المهنية والتدريبية للعملاء كما توجد فصول لمحو الأمية ويقوم بالتدريس بها مكلفات الخدمة العامة تحت إشراف الأخصائي الإجتماعي.

٣ - النشاط الإجتماعي:

يبدأ من الساعة الثانية والنصف حتى الساعة الخامسة والنصف وينقسم فيها عملاء المؤسسة إلى عدة أسر الغرض منها تعويد العملاء عللى القيادة وتكوين العلاقات الطيبة بين الأسر وبعضها من خلال الأنشطة المشتركة علاوة على الرحلات والحفلات.

٤ - النشاط الترويحي:

يحتوى برنامج النشاط على النواحي الإجتماعية والثقافية والفنية ويراعى في البرنامج الشمول والمرونة ورغبات العملاء وقدراتهم.

وفى سبيل تنفيذ هذه البرامج تقوم المؤسسة بالإستعانة بمكلفى الخدمة العامة - كما تقوم بالإستعانة بطلاب معاهد الخدمة الإجتماعية وقسم الإجتماع بكلية الآداب لتدريبهم على العمل فى مجال المعوقين بالإشتراك مع المعهد أو الكلية التابع لها الطلاب.

بيان إحصائى بنشاط المؤسسة خلال العام

١ - توزيع عملاء المؤسسة على الأقسام المهنية:

القسم	نجارة	أستر	أحذية	سمكرة	نقش	جلود	خياطه	الكترونيات	تنجيد	المجموع
العدد	٧	١٤	١٠	٤	٦	٣	٣	١	٣	٥١

جدول رقم (١١)

ويضم قسم الألكترونيات حالة واحدة نظراً لأن العمل به بدأ خلال العام بعد إلحاق الحالات بباقى الأقسام.

١ - توزيع عملاء المؤسسة تبعاً لنوع الإعاقة:

القسم	شلل بالأطراف	بتر بالأطراف	تشوه خلقى	أخرى	المجموع
العدد	٣٣	٨	٨	٢	٥١

جدول رقم (١٢)

٣ - توزيع عملاء المؤسسة الذين تم تخرجهم موزعين على الأقسام المهنية:

القسم	نجارة	أستر	أحذية	سمكرة	نقش	جلود	المجموع
العدد	١	٤	٢	١	٢	١	١١

جدول رقم (١٣)

ويلاحظ أن القدرة الإستيعابية لمؤسسة التأهيل المهنى من خلال أقسامها

التأهيلية لاتمثل كماً كبيراً مما دعا الجمعية إلى الإستعانة بالورش والهيئات الخارجية فى مجال تدريب المعاق وتأهيلهم على مختلف المهن والجدول السابق يمثل فقط الملتحقين بالمؤسسة وأقسامها المهنية.

ثالثاً : مؤسسة المكفوفين:

افتتحت مؤسسة المكفوفين عام ١٩٥٦ لرعاية المكفوفين من الجنسين، الذين تتراوح أعمارهم مابين ١٥ - ٢٥ وذلك لتدريبهم على الأعمال المناسبة التى تتفق مع إمكانياتهم، وفى سبيل ذلك تحرص المؤسسة على الإهتمام بعملائها وتقديم كل الخدمات الممكنة، والتى تسهم فى رفع روحهم المعنوية وإندماجهم وتكيفهم مع المجتمع الخارجى، وذلك عن طريق تأهيلهم نفسياً وإجتماعياً ومهنياً.

أغراض المؤسسة:

١ - تقوم المؤسسة بتدريب المكفوفين على العمل الذى يتناسب مع ميولهم.

٢ - إنشاء القسم الثقافى بالمؤسسة لكل من يرغب فى إتمام دراسته إبتداء من المرحلة الإعدادية حتى نهاية المرحلة الثانوية.

الخدمات الإجتماعية والترفيهية:

* تهتم المؤسسة بعملائها من حيث حل المشكلات التى تواجههم أثناء تواجدهم داخل الأقسام المهنية ويتم عرض العملاء الذين يعانون من مشاكل نفسية على الأخصائية النفسية.

* كما تهتم بالبرامج الترفيهية، وتشارك المؤسسة بالإحتفال فى كل المناسبات الدينية والقومية وكذلك تنظيم الرحلات داخل المحافظة وخارجها للترفيه عن أبناء المؤسسة.

* تقوم المؤسسة بصرف المكافآت التشجيعية للعملاء ليكون حافزاً لهم على الإستمرار فى التدريب.

الخدمات الصحية:

توفر المؤسسة الرعاية الصحية لأبنائها ويتم صرف الدواء لمن يستحقه مجاناً.

الأقسام التأهيلية بالمؤسسة :

يتم تدريب عملاء المؤسسة بناء على توصيات لجنة قبول المعوقين بعد دراسة الحالة من الناحية الصحية والإجتماعية والنفسية والمهنية للعميل، كما يتم مراعاة رغبة العميل في التوزيع على الأقسام التالية :

الموسيقى == الجلود == الخيرزان

كما تهتم المؤسسة بتعليم العملاء القراءة والكتابة بطريقة برايل، والجداول التالية توضح نشاط المؤسسة :

١ - جدول يوضح حالات المؤسسة تبعاً للأقسام المهنية:

القسم	الموسيقى	الجلود	الخيرزان	المجموع
العدد	٥	٧	٢	١٤

جدول رقم (١٤)

٢ - توزيع العملاء تبعاً للاعاقة :

الإعاقة	كف كلى	كف جزئى	المجموع
العدد	٤	١٠	١٤

جدول رقم (١٥)

وإلى جانب التأهيل المهنى للمكفوفين فإنهم يحصلون على برامج تعليمية تتفق مع الحالة الدراسية لكل منهم من خلال البرامج المقننة وبالإستعانة بالمدرسين المتخصصين فى التدريس بطريقة برايل - كما تقوم المؤسسة بإلحاقهم بفصول التقوية وذلك بإستخدام الوسائل السمعية الحديثة ومعظم العملاء الملتحقين بمؤسسة المكفوفين يتم فى نهاية تدريبهم إلتحاقهم بكليات الجامعة.

رابعاً : مؤسسة العلاج الطبيعي :

افتتحت مؤسسة العلاج الطبيعى عام ١٩٦٢ إستكمالاً لخدمات الجمعية وتوفير الرعاية الصحية للمواطنين الذين يحتاجون إلى خدمات العلاج الطبيعى من المصابين بالأمراض الآتية :

إلتهاب المفاصل ... عرق النسا ... شلل أطفال ... الشلل النصفى ... شلل الوجه ... شلل المخ ... الشلل الإهتزازى ... آلام العمود الفقرى.

العاهات الناتجة عن الولادة المتعسرة في أطراف الأطفال، الآلام الناتجة عن الكسور بعد فك الجبس وغيرها من الأمراض التى يفيد فيها العلاج الطبيعى مثل علاج الكهرباء والعلاج المائى والتدليك الطبى.

وقد استطاعت المؤسسة كسب ثقة العملاء والمرضى المترددين عليها سواء المتقدمين بأنفسهم أو عن طريق الهيئات أو الشركات التابعين لها وقد بلغ عدد الحالات المتقدمة للعلاج خلال هذا العام ٢٤٥٦ حالة.

كما يقوم المركز بإجراء العلاج اللازم لكل حالة حسب ماتحتاجه ويستخدم المركز أحدث الوسائل الفنية للعلاج ومن الأجهزة المستخدمة فى العلاج الألتراسونيك وجهاز الشورت ويف = الجلفانيك = العلاج المائى = الشمع ويعمل عليها نخبة من المتخصصين فى العلاج الطبيعى.

وخلال هذا العام تبرعت السفارة الألمانية للمركز بجهاز شورت ويف . كما قامت بعض السيدات المهتمات بالعمل الإجتماعى بالتبرع لصالة الجيمانزيوم بعدد ثلاث دراجات ثابتة كذا عدد اثنين جهاز لتقوية عضلات الأرجل والوسط بالإضافة إلى مجموعة من الكراسى لاستخدام المرضى.

وفيما يلى بيان إحصائى يوضح ماتم بشأن الحالات ...

توزيع الحالات المتقدمة حسب ماتحتاجه من خدمات :

حالات تحتاج إلى علاج طبيعى	حالات تحتاج إلى أجهزة تعويضية	حالات تحتاج إلى علاج دوائى	حالات لا تحتاج إلى جهاز أو دواء	المجموع
١١٧٠	١٨٠	٤١٧	٦٨٩	٢٤٥٦

جدول رقم (١٦)

وبالنسبة للحالات التى تحتاج إلى أجهزة تعويضية فإنه يتم تحويلها لمكاتب التأهيل المهنى التابعة للجمعية لإتخاذ إجراءات صرف الأجهزة التعويضية اللازمة لهم.

الحالات المستفيدة من العلاج حسب نوع الخدمة المقدمة :

جلسات كهرباء	تدريبات علاجية	علاج بالشمع	علاج مائى	أخرى
٦١٨	٨٢٢	١١٥	١٣٠	١٢٥

جدول رقم (١٧)

ويلاحظ أن القائمين على العلاج بالمؤسسة والمنفذين له من أخصائيى العلاج الطبيعى المؤهلين تأهيلاً علمياً عالياً ومن الكوادر المتقدمة ذات الخبرات فى هذا المجال.

حركة الحالات بالمركز خلال العام :

حالات علاج سابقة	حالات تحتاج لعلاج طبيعى	المجموع	انتهت العلاج	تنتظر العلاج	تحت العلاج	حفظت	المجموع
٦٤٠	١١٧٠	١٨١٠	٥١٥	٢٩٥	٨٠٠	٢٠٠	١٨١٠

جدول رقم (١٨)

قسم العلاج الإقتصادى :

يقوم باستقبال المترددين عليه من الساعة الثانية ظهراً لخدمة الحالات التى تتعارض ظروف عملها والعلاج خلال الفترة الصباحية وقد تقدم للعلاج الاقتصادى خلال هذا العام ١٩٥ حالة.

والجدول التالى يبين الخدمة المقدمة لهذه الحالات حسب ماتحتاج من علاج:

نوع العلاج	جلسات كهربائية	تدريبات علاجية	أخرى	المجموع
العدد	٩٥	٦٠	٤٠	١٩٥

جدول رقم (١٩)

ورغم أن الخدمة العلاجية بمؤسسة العلاج الطبيعى تؤدى على مستوى عالى من التقنية ومن خلال فنيين وأطباء متخصصين ذات كفاءة متميزة إلا أن الأصل فى تقديم الخدمة العلاجية يتم تبعاً للظروف الإجتماعية والإقتصادية للأسرة غير أن الحالات القادرة مادياً تساهم بأجور رمزية فى نفقات العلاج.

خامساً : مؤسسة التأهيل الفكرى:

افتتحت مؤسسة التأهيل الفكرى عام ١٩٦٢ بهدف رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً وإجتماعياً ونفسياً ومهنياً وتتكون المؤسسة من قسمين:

١ - القسم الداخلى : يضم عملاء بنظام الإيواء الكامل.

٢ - القسم الخارجى : يضم العملاء لمزاولة الأنشطة والتدريب على مهنة خلال الفترة النهارية مع تسليمهم لأسرهم يومياً.

شروط القبول بالمؤسسة:

١ - تقبل المؤسسة الأطفال من سن ٨ إلى سن ١٨ سنة.

٢ – أن تكون نسبة ذكاء العميل من ٢٥ إلى ٥٠ درجة ويتم تحديد النسبة عن طريق الإخصائيين النفسيين.

٣ – أن يكون العميل غير مصاب بمرض معدى يخشى منه على باقى العملاء.

٤ – أن تكون الأسرة من محافظة الأسكندرية.

الخدمات التى تؤديها المؤسسة:

تقدم المؤسسة لأبنائها أساساً خدمة التأهيل الإجتماعى، وكذلك الخدمات النفسية والطبية والعلاجية. بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية التعامل النقدى والتمييز بين الألوان كما يتم تعليمهم العادات السليمة عن طريق الموسيقى والأناشيد، وكذلك تعويد العملاء على الطرق الصحية السليمة لمختلف الأعمال اليومية : الأكل وآدابه – النوم – الملبس – النظافة العامة، وكذلك إقامة الحفلات ومشاهدة برامج التليفزيون – الحلات التى يمكن من خلالها تعليم بعض الأشياء التى تساعدهم على فهم المجتمع والبيئة المحيطة.

وفيما يلى بيان إحصائى عن عملاء المؤسسة:

نسبة الذكاء / القسم	٢٥ – ٣٥	٣٦ – ٥٠	المجموع
داخلى	٢٤	٥	٢٩
خارجى	٢٩	١١	٤٠
المجموع	٥٣	١٦	٦٩

جدول رقم (٢٠)

جدول توزيع العملاء القابلين للتدريب بالأقسام المهنية:

القسم	نسيج	زراعة	المجموع
داخلي	٢	١٢	١٤
خارجي	٧	١٤	٢١
المجموع	٩	٢٦	٣٥

جدول رقم (٢١)

ويلاحظ من الجدول السابق أن الأقسام المهنية لهذه الفئة تعتمد على التكرار والترفيه – وهذا يتناسب تماماً مع إمكانية إستيعاب هذه الفئة.

جدول توزيع الأطفال حسب فئات السن :

فئات السن / القسم	٨ – ١٢	١٢ – ١٦	١٦ – ٢٠	٢٠ – ٢٤	المجموع
داخلي	١٦	١١	٢	–	٢٩
خارجي	١١	١٠	١٤	٥	٤٠
المجموع	٢٧	٢١	١٦	٥	٦٩

جدول رقم (٢٢)

سادساً : المركز الإنتاجي لتشغيل المعوقين:

هو إحدى مشروعات الجمعية حيث افتتح عام ١٩٦٤ بغرض إستكمال التدريب لبعض المعوقين ممن تدربوا بالقسم الداخلي بمؤسسة التأهيل المهني

أو الذين تدربوا بمعرفة مكاتب التأهيل المهنى ويحتاجون إلى شئ من التكيف الإجتماعى وإتقان المهنة وإجادتها تمهيداً لإشتغالهم بالمصانع والشركات المتواجدة فى البيئة المحلية ويعمل المركز على تلبية إحتياجات المواطنين والهيئات المختلفة من الأثاث والدواليب والأسرة والكراسى والمكاتب وغيرها حيث يتم التصنيع بأرقى المواصفات الفنية، والأسعار المدعمة حيث لاتتعدى أسعار المنتجات قيمة الخامات الداخلة فى التصنيع رغم جودتها وإتقان تنفيذها.

وينقسم المركز إلى قسمين :

١ - نجارة الأثاث.

٢ - دهان الأستر.

يعمل المركز دائماً على تطوير الآلات والمعدات حيث يتمشى الإنتاج مع أحدث الموديلات حسب طلبات المواطنين.

الجدول التالى يبين العمالة بالمركز :

البيـان	عمال بالاجر	إستكمال تدريب	تدريب مكاتب	المجمـوع
نجـارة	٣	٢	٧	١٢
أستـر	٢	٣	٧	١٢
المجمـوع	٥	٥	١٤	٢٤

جدول رقم (٢٣)

ويلاحظ من الجدول إستعانة مكاتب التأهيل المهنى بالمركز لتدريب العملاء المتقدمين للمكاتب بأمل تأهيلهم على مهن ضمن تخصصات المركز.

سابعاً : مصنع الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية التعويضية:

تمشياً مع التطور الدائم لجمعية التأهيل المهنى فى النهوض بمسئولياتها والمضى فى تحقيق رسالتها وتلافياً لما كانت تعانيه من صعوبات عملية ومالية وفنية فى سبيل الحصول على إحتياجات عملائها من الأجهزة الطبية والتعويضية فقد أخذت على عاتقها القيام بصناعة هذه الأجهزة بإعتبارها من أهم خدمات الإعداد الجسمانى للمعوقين وبالفعل تم إنشاء مصنع الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية التعويضية عام ١٩٦٦ ، ويشتمل المصنع على خمسة أقسام هى :

١ - قسم السيقان الصناعية البلاستيك.

٢ - قسم السيقان الصناعية الجلدية.

٣ - قسم أجهزة الشلل الثابتة والمتحركة.

٤ - قسم السروجية ويقوم بتصنيع الأحزمة والكورسيهات الطبية.

٥ - قسم الأحذية الطبية وأحذية التشوهات الخلقية.

وتتبع هذه الأقسام الرئيسية ورش فرعية تكميلية مثل البرادة والجلود والدهان ... إلخ.

ويمثل مصنع الأطراف إسهاماً من الجمعية فى تخفيف الأعباء على المعوقين حيث يتم منحهم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بدون مقابل للحالات الغير قادرة على المساهمة وبنسب بسيطة من التكلفة الفعلية للقادرين على المساهمة تبعاً للبحث الإجتماعى لكل حالة.

وهذه الأقسام تتعاون جميعها بصورة متكاملة فى تصنيع وإنتاج الأطراف الصناعية الجلد والبلاستيك وأجهزة الشلل والأحذية الطبية والعكاكيز الخشبية والمعدنية والأحزمة وغير ذلك من أنواع الأجهزة التى تلزم المعوقين وتيسر لهم الحركة والإنتقال ويقوم الفنيون بتصنيع تلك الأجهزة على أعلى درجة من الفنية والإتقان تحت إشراف طبيب متخصص من أطباء العظام والطب الطبيعى بحيث تصل الخدمة لمستحقيها بالجودة المطلوبة. ويمثل

مصنع الأطراف إسهاماً من الجمعية ف يتخفيف الأعباء على المعوقين حيث يتم منحهم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بدون مقابل للحالات الغير قادرة على المساهمة وبنسب بسيطة من التكلفة الفعلية للقادرين على المساهمة تبعاً للبحث الإجتماعي لكل حالة.

وجدير بالذكر أن آلات المصنع هى منحة من ألمانيا الغربية كما صار تدريب العمالة الفنية على أصول الصناعة بألمانيا أيضاً وتفكر الجمعية حالياً فى تطوير هذا المصنع بالآلات الحديثة باعتباره من المشروعات الحيوية والهامة لمحافظة الأسكندرية كما أن المصنع على إستعداد لتلبية الطلبات بالأمر المباشر خاصة لمكاتب التأهيل المهنى بالمحافظات الأخرى ووزارة الصحة والتأمين الصحى والشركات والهيئات.

ثامناً : نادى المسنين:

هو أحد المشروعات التى أسند للجمعية القيام بإدارته عام ١٩٨١ بهدف رعاية كبار السن من الجنسين والعمل على قضاء وقت الفراغ بطريقة مفيدة وبناءة. وذلك تقديراً من الدولة وعرفاناً بما قدم هؤلاء من خدمات طبية لوطنهم كل فى موقعه.

شروط القبول بالنادى:

١ – أن لايقل عن ستون عاماً للذكور وخمسون عاماً للإناث.

٢ – أن يكون طالب العضوية حسن السير والسلوك.

٣ – التعهد بعدم مخالفة التعليمات واللوائح المنظمة لعمل النادى.

٤ – تسديد رسم العضوية فى المواعيد المحددة لذلك.

٥ – موافقة لجنة الإشراف بالنادى على قبول العضو بعد تزكيته من اثنين من أعضاء النادى القدامى.

هذا وينتسب للنادى حالياً ٢٦٣ عضواً وعضوة يزاولون أنشطتهم الإجتماعية والثقافية والدينية والترفيهية من خلال لجان النادى المشكلة لهذا الغرض وهى :

جدول يوضح بيان بإنتاج مصنع الاجهزة فى المدة من ١٩٩٧/١/١ - ١٩٩٧/١٢/٣١

البيان / أجهزة تعويضية	أجهزة شلل	حذاء طبي	سيقان صناعية		حزام طبي							شراب طبي				عكاز	مجموع كلي
			بلاستيك	جلد	ظهر ببليتات	فتق أربي	بطن	نصف بطن	ستيف	أمريكاني	مسند رأس	فوق	تحت	الكل	ركبة		
أجهزة مطلوبة حتى ٩٧/١٢/٣١	١٨	١٤	٢٢	٨	٥	-	-	-	٢	-	-	٢	-	-	-	٢٤	٩٥
أجهزة مطلوبة خلال عام ١٩٩٧	٨٤	٣٧	٤٣	٣٣	٢٠	٤	١	-	١	-	-	٥	١١	-	٥	١٠٢	٣٤٦
أجهزة منتجة عام ١٩٩٧	٧٣	٣٩	٤٨	٣٦	١٩	٤	١	-	١	٢	-	٧	٩	-	٥	١٠٧	٣٥١

ويلاحظ أن أجهزة الشلل هى أكثر أنواع الاجهزة المطلوبة والمنتجة تليها السيقان الصناعية بينما يمثل بند العكاز قاسما مشتركا حيث يعرف كجهاز مساعد لبعض الحالات التى تستخدم أجهزة أخرى .

أ - **لجنة النشاط الداخلي** .. وتهتم بمتابعة إحتياجات مقر النادى من إصلاحات وصيانة والإطمئنان بوجه عام على سلامة المقر بحيث يكون دائماً فى المستوى اللائق.

ب - **لجنة العلاقات الإنسانية** .. وهى تهتم بمتابعة أحوال الأعضاء وزيارة المتخلفين منهم عن الحضور مع زيارة المستشفيات إن لزم الأمر لمعاودة المرضى منهم والمشاركة فى المناسبات المختلفة.

جـ - **اللجنة الدينية** .. وهى تهدف إلى تنظيم عقد الندوات والمحاضرات الدينية والإشراف على تنظيمها وتنفيذها ... ومتابعة إصدار المجلة التى تعنى بالشئون الدينية.

د - **اللجنة الثقافية** ... وتهتم بإطلاع الأعضاء على المستجدات الثقافية وإصدار جريدة شهرية تعنى بالنواحى العلمية والفنية والثقافية العامة.

هـ - **لجنة الرحلات** .. وهى تقوم بوضع برنامج للرحلات ومتابعة تنفيذه خلال العام والمشاركة فى تنظيم هذه الرحلات والبرامج الترفيهية المصاحبة للرحلة وكذلك الإحتفالات فى المناسبات المختلفة.

وقد قام النادى هذا العام بالعديد من الأنشطة سواء فى الإحتفالات أو الرحلات أو الندوات الدينية والثقافية ومناسبات الأعياد ... وغيره من أوجه النشاط كما يتضح من الجدول الآتى :

النشاط	العدد
الندوات	٤٨
الاحتفالات	١٥
الرحلات	١٦

جدول رقم (٢٤)

وفى الجدول التالى بيان يوضح العضوية عن عام ١٩٩٧ :

نكـــور	إنـــاث	المجمـــوع
٧٨	١٨٥	٢٦٣

جدول رقم (٢٥)

ويتـضح من الجـدول السـابق أن عـدد العـضـوات من الإناث يزيد عن ضعف عدد الأعضاء من الذكور ويرجع ذلك إلى رغبة المرأة فى إستثمار وقت فراغها فى النشاط الترويحى والترفيهى خصوصاً بعد فقد العائل وإنهاء رسالتها فى زواج أبنائها ومعظم أعضاء النادى من الجنسين يمثلون قيادات سابقة فى مختلف الميادين العامة كالتربية والتعليم والقوات المسلحة والهيئات والشركات العامة والخاصة.

تاسعاً : قسم علاج الأسنان والتركيبات:

تم إفتتاحه عام ١٩٨٧ بهدف علاج عملاء الجمعية وأسرهم الراغبين فى الإستفادة من هذه الخدمة العلاجية ويشرف على هذا القسم طبيب أسنان على درجة عالية من الكفاءة.

والقـسم مزود بالأجهزة الحديثة والأدوات الطبية المتطورة مثل أجهزة التعقيم وجهاز شفط الدم علاوة على جهاز أشعة ويتم العلاج بأجور رمزية.

وفيما يلى بيان بعدد المترددين على قسم علاج الأسنان :

البيـــان	كشف	حشو	حشو عصب	خلع أسنان	حشوالياف ضوئية	تركيبات	تنظيف	أشعه	أخرى	مجموع كلى
العــــدد	٢٨٨	٢٧٢	٤٥	٤٢٠	٤٦	١٤٨	٩٩	١١٤	٤٨	١٤٨٠

جدول رقم (٢٦)

كما تم إفتتاح معمل تركيبات الأسنان لاستكمال مشروع قسم الأسنان المتكامل لرعاية وعلاج المسنين ومن يحتاج لخدمات هذا القسم من العيادات والمستوصفات المتواجدة بالمنطقة.

وفيما يلى بيان بعدد التركيبات المصنعة بالمعمل :

نوع التركيبة	العدد
أطقم كاملة علوية وسفلية	١٣
أطقم جزئية علوية وسفلية	٨٢
تصليحات	٦٢
كبارى أسنان فردية إستانلس	٧١
أسنان مؤقتة أكريلك	٥٣
المجموع	٢٨١

جدول رقم (٢٧)

وجميع خدمات قسم علاج الأسنان ومعمل التركيبات تقدم لجمهور المواطنين الراغبين فى الإستفادة من خدماتها بإسهامات رمزية جداً فى التكلفة الفعلية وذلك إسهاماً من الجمعية فى تخفيف الأعباء العلاجية للمواطنين.

عاشراً : حضانة المعوقين:

افتتحت حضانة المعوقين فى أواخر عام ١٩٩١ وهى تقبل الأطفال المعوقين من الجنسين فى السن من ٣ سنوات وحتى ٧ سنوات بغرض تدريبهم على المشى وكيفية إستخدام الأجهزة التعويضية مع تقوية حاسة اللمس بالنسبة للمكفوفين والإعتماد على النفس منذ الصغر.

وتقدم الحضانة للأطفال الملتحقين بها الرعاية الصحية والإجتماعية والنفسية ويشرف عليها أخصائيات مدربات على العمل مع هذه الفئة كما يتم تقديم وجبة غذائية بالإضافة إلى البرامج الترفيهية الترويحية اليومية علاوة

على الرحلات بغرض التكيف مع المجتمع الخارجى، وقد تم إفتتاح فصل جديد خاص بضعاف السمع وعيوب النطق لتدريبهم على الكلام وتقوية حاسة السمع وهو مزود بالأجهزة الحديثة اللازمة لتأهيل هذه الفئة.

كما تم إفتتاح قسم خاص بضعاف السمع وعيوب النطق للفئة السنية أكبر من سبع سنوات، ومن الأطفال الذين لاتسمح ظروفهم بالإنتظام فى الفترة الصباحية وذلك فى فترة مسائية تبدأ من الساعة الثانية بعد الظهر نظير أجر رمزى زهيد وذلك تحت إشراف أخصائيات متخصصات فى هذا النوع من الرعاية.

وفى خلال هذا العام قام شباب روتاركت إسكندرية فرع «كوزموبوليتان» بعمل مظلة كبيرة أعلى سطح الحضانة وتم تسويرها وتجهيزها بالألعاب المختلفة والمناسبة لأطفال الحضانة.

توزيع الأطفال حسب نوع العجز :

الاعاقة	شلل	تخلف	صعوبة نطق	ضعف سمع	المجموع
العدد	٥	٦	١٠	٥	٢٦

جدول رقم (٢٨)

توزيع الأطفال حسب السكن :

المنطقة	محرم بك	الحضره	الرمل	القبارى	المجموع
العدد	١١	٥	٤	٦	٢٦

جدول رقم (٢٩)

جدول يوضح النشاط الترفيهى لأطفال الحضانة خلال هذا العام :

حفلة	رحلة	المجموع
٨	٤	١٢

جدول رقم (٣٠)

الحادى عشر : مركز التدريب والإنتاج للتصدير:

تمشياً مع سياسة الدولة فى تشجيع المعوقين على مستوى الجمهورية ودفعهم إلى تحسين الأداء الوظيفى على المهن التى تم تأهيلهم عليها - وإستمراراً لسياسة الجمعية فى هذا المجال وإمتثالاً لخطة الشئون الإجتماعية بتصدير منتجات المعوقين إلى دول ا لعالم فقد قامت الجمعية من خلال مركز التدريب والإنتاج للتصدير بتطوير العملية الإنتاجية وإلحاق العديد من حالات المعوقين القادرين على العمل المتميز ومد المركز بالكوادر المتخصصة فى كل مراحل الإنتاج مما كان له الأثر الفعال فى جودة المنتج وإعادة طلب الدول الخارجية للنماذج التى تم تصديرها من قبل.

وقد قام المركز خلال هذا العام بإنتاج الكثير من قطع الأثاث المتطورة ويتم تصدير المنتجات وتسويقها بمعرفة وزارة الشئون الإجتماعية لكل من فرنسا ولندن والإمارات والسعودية وبعض الدول الأخرى.

ويقوم المركز بإنتهاج سياسة جديدة أقرها مجلس إدارة الجمعية وهى قبول الراغبين فى تعلم المهن التى يضمها المركز من الشباب مساعدة من الجمعية فى القضاء على البطالة وشغل أوقات الشباب.

ويقوم المركز أيضاً بالإضافة إلى تصدير المنتجات للدول المذكورة بعرض هذه المنتجات للبيع فى السوق المحلى وبأسعار التكلفة الفعلية.

الثانى عشر : العيادة الطبية لمؤسسة التأهيل الفكرى:

افتتحت العيادة الطبية فى أغسطس عام ١٩٩٢ ، والغرض من إنشائها تقديم الخدمات الطبية لأبناء المؤسسة وأسرهم كذا تقديم الخدمات لأهالى المنطقة بأسعار رمزية وتعمل العيادة فترتان صباحية ومسائية وهى مزودة بالأجهزة الطبية الحديثة ويشرف عليها أطباء متميزون.

وتقوم العيادة حالياً بدورها فى تقديم الخدمات الطبية للمجتمع المحلى على أرقى مستوى كما تقدم خدماتها للمعوقين الملتحقين بمؤسسة التأهيل الفكرى وأسرهم.

الثالث عشر : مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين:

قامت الجمعية فى يناير عام ١٩٩٤ بإفتتاح مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين «ومقره ٥ شارع المأمون – المتفرع من الرصافة – محرم بك» وذلك إيماناً من الجمعية بأهمية الخدمات المعاونة المبنية على البحث والدراسة لمعرفة كل مايحيط بالمعوق من مشكلات والعمل على حلها بالإتصال المباشر بالشركات والمؤسسات ومحال التدريب ... وبوجه عام يهدف المكتب إلى :

١ – بحث شكاوى المعوقين والرد عليها.

٢ – التنسيق بين مكاتب التأهيل المهنى لعدم تكرار الخدمة.

٣ – حصر الحالات التى تم تشغيلها ومتابعتها.

٤ – حصر المصانع والورش المتوفرة فى البيئة المحلية والإستفادة منها فى التدريب والتشغيل.

٥ – عمل دراسات جدوى لبعض المشروعات التعاونية والتى يمكن تنفيذها بعدد من المعوقين في مهنة معينة.

٦ – إعداد التقارير اللازمة عن النشاط.

٧ – العمل على توعية أسر المعوقين بكل مايهم المعوق وكيفية التعامل معه.

٨ – إجراء البحوث والإستفتاءات للتعرف على إحتياجات المعوقين ورغباتهم.

٩ – إعداد وتسليم كارنيهات ركوب المواصلات للمعوقين.

١٠ – إعداد وتسليم كارنيهات الفنون والمسرح للمعوقين والخطابات التى تسهل للمعوقين قضاء مصالحهم فى الجهات المختلفة.

١١ – الإتصال بالهيئات والوزارات المختلفة التى يمكن أن تتعاون فى عمل التسهيلات اللازمة للمعوقين.

النشاط العام للمكتب

١ - قام مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين في الفترة مابين ١٩٩٧/١/١ - ١٩٩٧/١٢/٣١. باستقبال عدد ٧٠٠٦ حالة من المعوقين كما يتضح من الجدول الآتى:

العدد	البيـــــــان
٥٤١٥	تقدمت بغرض التسجيل للحصول على كارنيه لركوب المواصلات التابعة لهيئة النقل العام.
٣٥١	تقدمت بغرض مساعدتها فى الحصول على بطاقة عروض قطاع الفنون.
٣٢٦	تقدمت بغرض مساعدتها فى الحصول على مسكن.
١٠١	تقدمت بغرض مساعدتها فى الحصول ترخيص كشك من الحى.
٨١	تقدمت بغرض الحصول على خطابات توصية للعمل بالشركات.
٧٣٢	تقدمت لاغراض أخرى.
٧٠٠٦	مجمـــوع المتقدميـــن

جدول رقم (٣١)

٢ - الشكاوى والإلتماسات التى وردت للمكتب :

ورد للمكتب هذا العام عدد ٤٣ شكوى حيث تم إستعراض أسبابها وتم الرد على عدد ٢٠ شكوى واردة من مديرية الشئون الإجتماعية وتم بحث عدد ٢٣ شكوى خاصة بالأفراد المتقدمين بأنفسهم للمكتب حيث تم إزالة أسباب تلك الشكاوى.

٣ - وفيم يختص بالمتابعة الميدانية للمشتغلين قام المكتب بمتابعة ١٠٣ حالة بمقر العمل بالشركات والمؤسسات المختلفة حيث تم التعرف على أحوالهم وإستقرارهم وتكيفهم مع المحيطين بهم وكان لذلك أثره فى رفع الروح المعنوية للمعوقين والإطمئنان عليهم.

والجدول التالى يوضح الحالات التى قام المكتب بمتابعتها بجهة العمل.

البيــان	الشركات	تربية وتعليم	الشباب والرياضة	مستشفيات	أخرى	مجموع
العــدد	٢١	٢٨	٥	٢	٤٧	١٠٣

جدول رقم (٣٢)

٤ – قام المكتب بمتابعة الإحصائيات الشهرية وتفريغ بياناتها وإعداد الجداول الإحصائية لنواحى النشاط بمكاتب التأهيل المهنى للإستفادة بها عند الحاجة.

٥ – كما قام المكتب بإصدار العدد الأول من صحيفة الحائط بإسم الهدف «الحياة الطبيعية حق لكل معوق» وهى صحيفة تعنى بالأخبار والتعليمات والقرارات والموضوعات التى تهم المعوقين وتيسر لهم قضاء مطالبهم.

٦ – تم الإتصال بالجهات المختلفة لعمل تسهيلات للمعوقين مثل شركة المعمورة للإسكان والتعمير حديقة قصر المنتزة – الحديقة الدولية – حدائق النزهة – وقد تم الحصول على الموافقة على دخول المعوقين مجاناً لهذه الأماكن.

كما قام المكتب بعمل لوحات إرشادية لتعريف المعوقين بالتيسيرات التى تقررت وتم توزيعها وعرضها بمقار مكاتب التأهيل المهنى لتعريف المعوقين بتلك التيسيرات.

كذلك تم الإتصال بالسيد الدكتور وكيل وزارة الصحة بالإسكندرية حيث تمت الموافقة على علاج المعوقين حاملى بطاقة إثبات شخصية المعوق مجاناً بجميع المستشفيات التى تتبع وزارة الصحة.

٧ – تم تغليف جميع كارنيهات المواصلات قبل تسليمها للعملاء كما تم تغليف عدد ٢١٣١ بطاقة إثبات تحقيق شخصية للمعوقين واردة من مكاتب التأهيل المهنى. هذا بالإضافة إلى إعداد وتحرير

كشوف هيئة النقل العام ومديرية الشئون الإجتماعية وتوريد المبالغ المقررة لقسم الإشتراكات بهيئة النقل العام ويقوم المكتب حالياً بالإعداد لإصدار مجلة دورية للتوعية بمشكلات المعوقين والخدمات المتاحة لهم.

الرابع عشر : مركز تطوير الأداء والتخاطب الإدارى:

كان من الطبيعى بعد التوسع الكبير فى فروع الجمعية ومؤسساتها ومكاتبها وفى ظل العدد الهائل من المترددين للإستفادة من خدمات الجمعية التفكير فى تنفيذ مشروع تطوير الأداء الوثائقى والتخاطب الإدارى وذلك بتمويل من هيئة المظلة الأمريكية (المجلس القومى للسيدات الزنجيات) وكان نتيجة لتنفيذ هذا المشروع إنجاز الآتى :

١ – إنشاء قسم للحواسب الآلية يقوم بتدريب كافة العاملين بفروع الجمعية والهيئات الراغبين فى تدريب العاملين بها فى دورات متلاحقة.

٢ – تغذية الحواسب الآلية بكافة بيانات شئون العاملين بالجمعية وفروعها كما يتم إستخراج كشوف المرتبات الشهرية عن طريق الأجهزة بالقسم وقد تم تخزين بيانات مخازن الجمعية وفروعها تسهيلاً للعمليات المخزنية وضماناً لحسن سير العمل.

٣ – تخزين بيانات عملاء مكاتب التأهيل بالحواسب الآلية لسهولة التعامل ومنعاً لإزدواجية الخدمة.

٤ – يقوم المركز بعمل دورات الكمبيوتر والتدريب على التعامل مع الحاسبات الآلية لشباب المثقفين من المعوقين ولكل من يرغب فى الإستزادة من الدورات المتخصصة والمتقدمة فى هذا المجال علاوة على إستحداث قسم خاص بالترجمة وكتابة الرسائل العلمية لأساتذة الجامعة وغيرهم من الراغبين فى ذلك وقد تم عقد دورات تدريبية متنوعة فى مجال الكمبيوتر خلال هذا العام وفيما يلى بيان بنشاط المركز هذا العام.

البيـــان	Dos	Windows	Winword	Lotus	Excel
المستفيدين من داخل الجمعية	٣٠	١٤	٤	١٤	١٤
المستفيدين من خارج الجمعية	٦٥	٤٠	٨	-	١٨
المستفيدين من مديرية الشئون الاجتماعية	٨	٨	٨	-	٨
مجمـوع المستفيـدين	١٠٣	٦٢	٢٠	١٤	٤٠

ومما يذكر أن المركز قام بتنظيم دورات تدريبية متخصصة فى مجال رعاية المعوقين حيث تم تنفيذ دورات للعاملين فى مجال الإعاقات الجسمية وأيضاً دورات لأولياء أمور المعاقين عقلياً – وفى خطة المركز المستقبلية تنظيم دورات متخصصة فى كافة المجالات بالتعاون مع مديريات الخدمات بالمحافظة.

الخامس عشر : النادى الثقافى الإجتماعي بالسيوف:

قامت الجمعية فى عام ١٩٩٥ بإفتتاح النادى الثقافى الإجتماعى لشباب منطقة السيوف من الجنسين سواء المعاقين أو غيرهم لممارسة كافة الأنشطة الترفيهية والإجتماعية والثقافية، وكذلك التدريب على الحرف البسيطة وضم النادى ٣٩٠ عضو (ثلثمائة وتسعون عضواً) عاملاً من شباب المنطقة وخلال هذا العام قام النادى بالعديد من الأنشطة سواء الإجتماعية أو الثقافية أو الرياضية أو الرحلات حيث تم الإشتراك فى الدورة الرياضية التى نظمتها الإدارة العامة للأندية الثقافية والإجتماعية، وقد حصل النادى على المركز الأول فى المسابقة الثقافية والمركز الثالث فى كرة القدم والمركز الثانى فى الكاراتيه.

بالإضافة إلى قيام النادى بالعديد من الرحلات، وكذلك تبادل الزيارات مع الأندية المختلفة كما قام النادى بعمل دورة تدريبية للخياطة.

جدول يوضح نشاط النادى خلال العام:

البيـان	رحلات	دورات رياضية	حفلات	ندوات وإجتماعيات	معسكرات
العـدد	٤	٤	٥	٣	٣

جدول رقم (٣٤)

ثانياً : عرض نماذج لمؤسسات رعاية المعوقين فى القاهرة (*)

أولاً : مؤسسات رعاية الكفوفين:

جمعية النور والأمل:

عنوانها : ١٦ شارع أبو بكر الصديق.

والجمعية ترعى الكفيفات عن طريق برامج للتأهيل المهنى كما أن بها مدرسة نظامية لمن فى سن التعليم.

ويشترط للإلتحاق بها أن تكون البنت كفيفة والسن لم يتجاوز ٢٥ سنة. وبها قسم لتدريب الكفيفات ومدرسة خاصة بهن.

أما أنواع الحرف التى تدرب عليها الكفيفة فهى السجاد والخيرزان وتعبئة وتغليف. ومدة التدريب عامين ويتخرج منها ٢٠ طالبة سنوياً.

وتهتم الجمعية بالنواحى الصحية والإجتماعية إلى جانب التأهيل المهنى. أما المدرسة فتبدأ من المرحلة الإبتدائية للبنات حتى المرحلة الثانوية.

مؤسسة السيدة نفيسة لفاقدات البصر:

عنوانها : ٢٢ ش أنس حلوان.

تهتم برعاية فاقدات البصر وتأهيلهن، وتعتبر مدرسة إيوائية.

تاريخ إنشائها : سنة ١٩٥٢.

أقسامها : مدرسة وقسم للتأهيل المهنى.

وشروط القبول بها أن تكون البنت كفيفة وسنها جاوز سن التعليم. وعدد سنوات التدريب ٦ سنوات.

وتقدم المؤسسة رعاية صحية وإجتماعية ومهنية وبرامج للترويح، ويعادل التعليم فيها المرحلة الإبتدائية. وتلتحق الكفيفات بعد التخرج بالمصانع المختلفة.

(*) راجع : عطيات ناشد، عبدالفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية للمعوقين، كلية الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩.

معهد الكفيفات المسيحيات الخيرى:

العنوان : ٢٦ ش الجلاء.

ويهتم برعاية الكفيفات المسيحيات وتعليمهن.

أما أقسامه فمدرسة وقسم لتعليم المشغولات الفنية بأنواعها المختلفة.

وشروط القبول به أن تكون البنت فى السادسة من العمر عند الإلتحاق مع شرط الفقر واليتم. وتقبل الطلبات بعد بحث إجتماعى للحالة.

ويقدم المعهد خدمات تأهيلية للتدريب على الحرف المختلفة. وأيضاً يقوم برعاية الكفيفات صحياً وإجتماعياً ومهنياً ورياضياً.

وبعد حصول الكفيفات على شهادات التأهيل والتعليم الإبتدائى يلتحقن بالعمل فى المصانع، وبعضهن فى مراحل تعليم أعلى كما هو الحال فى جمعية النور والأمل.

جمعية الكرم القبطية:

عنوانها : ٤ ميدان المستشفى شبرا مصر.

وظيفتها : إيواء ورعاية المكفوفين المسيحيين.

أما أقسامها فمدرسة ابتدائية للتعليم وأقسام للتأهيل المهنى وتخدم الجمعية الجمهورية بأكمها حيث أن بها قسم داخلى.

ولقد افتتحت الجمعية فصول للتعليم الإعدادى والثانوى. كما أن برامج التأهيل بها منوعة حسب إحتياجات البيئة.

وتقوم الجمعية بنشاط إجتماعى وصحى للمكفوفين.

الجمعية المصرية لرعاية الكفيفات:

عنوانها : شارع محطة القبة.

والجمعية إيوائية وتقدم خدمات تأهيلية وتعليمية.

وبالجمعية مدرسة إبتدائية إلى جانب برامج تأهيلية. وتلتحق الخريجات بمدارس التعليم الأعلى بعد إستكمال المرحلة الإبتدائية أو بالمصانع المختلفة بعد إنتهاء برامخ التأهيل.

ثانياً : مؤسسات الصم والبكم :

الجمعية المصرية للصم والبكم:

عنوانها : ٢١ ش أبو بكر الصديق بمصر الجديدة.

أنشأت هذه الجمعية فى ديسمبر سنة ١٩٦٥ بغرض رعاية وتأهيل طائفة الصم والبكم. وهى مؤسسة إيوائية بها أقسام للآلة الكاتبة والنجارة والجلود والتريكو والتفصيل.

وتخدم الجمعية القاهرة وضواحيها وبها أقسام للآلة الكاتبة والنجارة والجلود والتريكو والتفصيل.

وتقدم المؤسسة خدمات إجتماعية وصحية وترويحية ومهنية ويخدم خريجيها البيئة، ويلحق البعض بالمصانع.

معهد الأمل بالمطرية للبنات:

يقع فى شارع الكامل بالمطرية.

ولقد أنشئ هذا المعهد سنة ١٩٤٤ بغرض تعليم الصم والبكم بالمرحلة الإبتدائية. وتعتبر مدرسة إيوائية للأطفال من سن ٦ - ١٢ سنوات أما مدة التدريب به فأربع سنوات. وبالمؤسسة رعاية إجتماعية - فنية - مهنية وبرامج خدمة جماعية.

مركز السمع بباب اللوق :

يقع فى شارع محمد صدقى بباب اللوق.

ولقد أنشئ هذا المركز سنة ١٩٥٨ ويتبع وزارة الصحة. ويقدم خدمات علاجية كآلات ضعف السمع. ويقدم خدمات وقائية بالكشف على طلبة المدارس الإبتدائية لإكتشاف حالات ضعف السمع التى تحتاج لرعاية خاصة.

وتقتصر خدمات المركز على طلبة المدارس الحكومية. ويعمل المركز حالياً للتوسع فى خدمانه حتى تشمل المدارس الخاصة.

وتصرف السماعات لطلبة المدارس بعد بحث إجتماعى لتقدير إمكانيات الأسرة الإقتصادية ومساهمتها فى ثمن الجهاز.

ثالثاً : مؤسسات نوعية تخدم قطاع الأمراض:

جمعية أصدقاء مرضى القلب والروماتيزم بالهرم:

مقر الجمعية شارع الهرم – القاهرة.

أنشأت هذه الجمعية سنة ١٩٥٨ بغرض علاج مرضى روماتيزم القلب وتأهيلهم مهنياً ورعايتهم إجتماعياً وثقافياً.

والمؤسسة إيوائية. وبها قسم طبى وقسم للتأهيل ومدرسة للتعليم كما أن بها قسم للبحث الإجتماعى.

ويقدر عدد المستفدين بخدمات المؤسسة بحوالى ٢٠٠ فرد سنوياً. وعدد سنوات التدريب تمتد لثلاث سنوات. والعمر الأقصى للبقاء بالمؤسسة لسن ١٦ سنة.

المؤسسة العامة لتأهيل المحاربين:

مقرها ٢٨ شارع العجوزة وتتبع جمعية المحاربين القدماء وضحايا الحرب. وتعتبر المؤسسة تابعة لوزارة الحربية. وتقوم المؤسسة بالعلاج الطبيعى والتأهيل المهنى وتقديم أطراف صناعية. كما تقدم خدمات إجتماعية وصحية وتعليمية تعادل المرحلة الإبتدائية.

وتخدم المؤسسة والأقطار الشقيقة. ويتبع المؤسسة مركز تأهيل المحاربين بالعجوزة. وهو معد على أحدث طراز.

معهد شلل الأطفال بالمنيرة:

وظيفته علاج أمراض شلل الأطفال. وقد أنشئ سنة ١٩٥٦ ويوجد به أقسام عدة وعيادة داخلية وأخرى خارجية.

وعدد من تخدمهم المؤسسة ٣٦ بالقسم الداخلى ومابين ٣٠٠ – ٣٥٠ حالة بالقسم الخارجى.

وتخدم المؤسسة الجمهورية بأكملها وتقبل من يقل سنه عن ١٢ سنة بشرط كونه مريضاً بشلل الأطفال.

مؤسسة يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين (*):

العنوان : آخر شارع بستان الخشاب - جهة القصر العينى.

إنشاء المؤسسة:

فى عام ١٩٥٢ بدأت أول تجربة رائدة فى ميدان تأهيل المعوقين بإنشاء أول مكتب تجريبى حكومى لرعاية وتوجيه ذوى - العاهات وتسيير تدريبهم ومعاونتهم فى التشغيل وتتبع حالاتهم لحين الإستقرار فى العمل - وخدمات هذه المؤسسة تقدم للعملاء بالإستعانة بما فى البيئة من هيئات حكومية وأهلية.

وفى منتصف عام ١٩٥٣ قررت الوزارة إنشاء مركز التأهيل للمعوقين عملاً بروح المادة ٤٢ من قانون الضمان الإجتماعى وتعتبر هذه المؤسسة أول هيئة فنية للتأهيل المهنى فى مصر وأخذت ومازالت ترعى مشكلة المعوقين وفق الأسس العلمية لبرامج التأهيل الإجتماعى للمعوقين.

ولايفوتنا أن نشير إلى القانون رقم ١٩٥٩/٩١ الذى صدر لصالح تشغيل ذوى العاهات والعاجزين فى مصالح الحكومة بنسبة ١٪ ، ٢٪ فى الهيئات وقد أتاح القانون الفرصة لعدد كبير من ذوى العاهات للعمل فى جميع المصالح الحكومية والأهلية بشرط حصولهم على شهادة التأهيل المهنى تمنحها المؤسسة طبقاً للقانون.

مكونات المؤسسة:

أولاً : مركز التأهيل:

ويشترط فيمن يخدمهم المركز أن يكون سنهم مابين الثانية عشر والثامنة عشر وأن تحول ظروفهم البيئية والحالة الصحية والإجتماعية دون إستفادتهم من التدريب وهم مقيمون فى البيئة ولذلك فهم يقبلون المركز يقدم لهم مختلف خدمات الرعاية الإجتماعية والصحية والمهنية والثقافية.

(*) أحمد السنهورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الإجتماعية مع الهيئات الخاصة، مركز السوق الريادى، جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ١٠٠ - ١٠٧.

أقسام المركز :

١ - قسم التدريب المهنى:

يضم هذا القسم الورش المهنية التى يدرب فيها العملاء على المهن التى وجهوا إليها نتيجة للإختبارات والفحوص النفسية والطبية والإجتماعية والمهنية وتستمر تدريبهم على هذه المهنة حتى يثبت مقدرتهم على أدائها.

كما يستعين المركز أحياناً بورش أخرى خارجية لتدريب عملائه إذا لم تكن المهنة ضمن المهن الموجودة بالمركز مثل إصلاح التليفزيون وبيان الورش الموجودة بالمركز هى :

١ - النقش والزخرفة ودهان الأثاث.

٢ - النجارة.

٣ - السروجية.

٤ - السمكرة.

٥ - الترزية والقمصان.

٦ - الصباغة التقليدية.

قسم التعليم العالى:

يضم القسم ثلاث فرق دراسية مستوى المرحلة الأولى وذلك لتزويد أبناء المركز بالمعلومات والتعليم الأساسى والثقافة العامة التى تكون سنداً لهم فى حياتهم العملية. كما يضم القسم مكتبة للمجلات والكتيبات السهلة والصحف اليومية يتردد عليها الأولاد فى أوقات فراغهم تحت إشراف المتخصصين.

النشاط الإجتماعى والرعاية الداخلية:

يرعى المركز أبناءه طوال فترة إقامتهم من مختلف الوجوه ولذلك عين بتخصيص رئيس للمركز وأخصائية إجتماعية للإشراف على رعايتهم الداخلية وتوجيههم التوجيه المناسب الذى ينمى فيهم روح الإعتماد على النفس والتعاون وحل مشاكلهم بطريقة الحكم الذاتى الذى يغرس فيهم روح

الديمقراطية السليمة.

والأبناء مقسمون إلى أسر ولكل أسرة رئيس يشرف عليها - ومن بينهم لجنة مكلفة بالمحافظة على النظام بين الأبناء وحل مشاكلهم البسيطة وهم يمثلونهم فى الإجتماعات - وتقيم الأسر حفلات سمر دورية يقدمون فيها نشاط ترويحى وتمثيليات. كما أن لهم مقصف يديرونه بأنفسهم ويساهمون فى رأسمالة لينمى لدى الأبناء التعاون مع الغير والشعور بالكيان الإجتماعى.

وينظم المركز حفلات لأبنائه ورحلات ثقافية ومعسكر صيفى كل عام، كما يقدم لهم حفلات سينمائية تعرض فيها الأفلام الثقافية والصحية والترويحية.

ثانياً : مكتب التأهيل المهنى:

يقوم المكتب بدراسة الحالات المتقدمة للتأهيل سواء منهم إلى رعاية المركز أو غيرهم ممن لايحتاجون إلى رعاية داخلية دون التقيد بالسن أو الجنس مادام الشخص قادراً على العمل.

* خطوات الدراسة:

١ - البحث الإجتماعى:

ويقوم به الإخصائى الإجتماعى ويهدف إلى دراسة الحالة الإجتماعية للعميل وقت تقدمه للمؤسسة ودراسة تاريخه المهنى - كما تهتم بدراسة الحالة الإجتماعية والإقتصادية للعميل وكذلك التاريخ المرضى لها، سنة عند حدوث العاهة وظروفها وعلاجها.

كما يقوم الإخصائى من زيارة بيئة العميل والتعرف على العلاقات السائدة وتخفيف الضغوط النفسية التى تسببها العاهة ويعتبر الإخصائى الإجتماعى محور العمل إذ يتجمع عنده جميع التقارير الخاصة بالعميل سواء النفسية أو المهنية أو الطبية وهو الذى يتعامل مع العميل أكبر فترة خلال عملية التأهيل.

٢ - الفحص الطبى والإعداد البدنى:

يقوم به طبيب أخصائى والغرض منه التحقق من حاجة العميل إلى خدمات التأهيل وصلاحيته لها وذلك بالكشف الطبى وتحديد نوع ونسبة العجز. كما يبين الفحص الطبى مدى إمكان التحسن فى الحالة أو العمليات الجراحية أو تزويد العميل بالجهاز التعويضى المناسب والذى يهدف إلى تعويضه بقدر الإمكان عن القدرة الجسمية التى فقدها نتيجة العاهة.

٣ - الفحص النفسى:

ويقوم به الإخصائى النفسى ويهدف إلى الإرشاد النفسى ومحاولة الحد من الإضطراب النفسى الذى ينتاب الفرد نتيجة العاهة وهدفه الأساسى التوجيه المهنى للعميل باختيار أنسب مهنة له على أساس الفحوص السابقة وإجراء إختبارات الذكاء والقدرات والإستعدادات والمهارات والميول الشخصية وينتهى من هذا إلى كتابة تقرير يختتمه بالتوجيه المهنى.

٤ - التوجيه المهنى:

ويقوم به الإخصائى المهنى وهى آخر مرحلة من مراحل الدراسة ومهمة الإخصائى هذا عبارة عن إختيار أنسب المهن التى تتناسب مع العميل كما أنه يذكر رأيه فى مدى رواج هذه المهنة فى السوق ومدى إمكانية تشغيل العميل.

٥ - رسم خطة التأهيل:

(أ) تعرض الحالات بعد ذلك على لجنة لتقرير قبول العميل كعاجز وتختص هذه اللجنة بفحص طلب التأهيل المهنى الذى يتقدم بطلب القبول بهذه المنشآت، تطبيقاً لنموذج معين، وتجتمع هذه اللجنة مرة كل أسبوع تعرض عليها الحالات. كما أنها تقوم بالتوجيه نحو أنسب المهن فى ضوء التقارير التى تعرض عليها نتيجة مراحل الدراسة السابقة.

(ب) التدريب :

توجه الحالات بعد ذلك للتدريب على المهنة المختارة - المناسبة للعمل حسب إمكانياته البدنية والعقلية وسواء يتم هذا التدريب داخل الورش الموجودة بالمركز أم فى البيئة الخارجية.

(جـ) منح الشهادات :

بمقتضى القانون رقم ١٩٥٩/٩١ تجتمع لجنة منح الشهادات مرة كل أسبوعين لعرض الحالات التى أتمت التدريب عليها لتقرير منحها شهادات التأهيل. وتشكل اللجنة من :

١ - مدير أو رئيس الهيئة أو المنشأة.

٢ - أخصائى الصناعات بالهيئة.

٣ - طبيب الهيئة.

٤ - رئيس قسم التأهيل المهنى بمديرية الشئون الإجتماعية.

٥ - طبيب الأمن الصناعى يختاره مدير مديرية العمل.

٦ - ممثل مديرية العمل فى شئون القوى العاملة يختاره مدير مديرية العمل.

(د) التشغيل :

بعد منح العميل شهادة التأهيل يتوجه إلى مكتب القوى العاملة الواقع فى نطاق سكنه ليسجل فى سجل قيد العجزة المؤهلين ثم يرشح للعمل بموجب القانون فى المصانع والشركات بنسبة ٥ ٪ من مجموع العمال.

كما أن المكتب يعاون عملاءه بالبحث لهم عن أماكن للعمل عن طريق أخصائى التشغيل. ويستمر تتبع العميل لفترة معينة حتى يثبت إستقراره فى عمله.

ثالثاً : قسم الإعدادالبدنى:

ويتكون القسم من وحدتين وهما :

(أ) قسم الأجهزة التعويضية :

ويقوم هذا القسم بتزويد المواطنين بالأجهزة التعويضية اللازمة لهم كوسيلة من وسائل الإعداد البدنى وإستعادة القدرة الجسمية والأجهزة أنواعها مختلفة مثل (أرجل - أجهزة شلل - أجهزة طبية - أطقم أسنان - نظارات عيون - سماعات أذن - دراجات - أذرع صناعية ... إلخ).

(ب) قسم العلاج الطبيعى :

افتتح هذا القسم فى ديسمبر عام ١٩٦٤ إستكمالاً لخدمات التأهيل ويقوم بعلاج الحالات التى هى فى حاجة إلى هذا النوع من العلاج مثل شلل الأطفال وحالات تسيب المفاصل والروماتيزم والإنزلاق الغضروفى والشلل النصفى وشلل الأطراف.

ويقوم بالكشف على المرضى أطباء متخصصين فى جراحة العظام وشلل الأطفال والطب الطبيعى، كما يقوم بالعلاج أخصائيين متخصصين فى العلاج الطبيعى، والقسم يشمل على قاعة كبيرة لتدريبات علاجية مجهزة بالأجهزة اللازمة وقسم العلاج الكهربائى مزود بأحدث الأجهزة الكهربائية.

رابعاً : المصنع الخاص:

فى عام ١٩٦٣ عهدت الوزارة إلى المؤسسة إنشاء مصنع التشغيل ذوى العاهات غير القادرين على العمل فى المصانع العادية حتى تتاح لهم الفرصة ليعملوا وينتجوا ويربحوا من هذا المصنع الذى يسمى بالمصنع المجمعى أو المصنع الخاص. وبالمصنع أربع ورش - للسجاد والجلود والنجارة والمعادن. وينتج المصنع منتجات لاتقل فى الجودة عما تنتجه المصانع العادية.

ويحصل العامل على أجره من المصنع حسب إمكانياته فى العمل وإنتاجه على السواء.

كما يحصل على رعاية إجتماعية وطبية ويفحص بمعرفة لجنة مهنية طبية كل ثلاثة أشهر حتى إذا ما أصبح قادراً على العمل فى المصانع العادية منح شهادة التأهيل وتولى الإخصائيون تشغيله وتتبعه إلى أن يثبت إستقراره فى عمله.

جمعية التنمية الفكرية لضعاف العقول

أهم المؤسسات التابعة لها :

وحيث أن جمعية التنمية الفكرية من أهم الجمعيات التى تعمل فى مجال التأهيل الإجتماعى للمعوقين ويتبعها سبعة فروع فقد دعمت الوزارة

الجمعية لمساعدتها على تطوير أنشطتها حتى تستطيع أن تؤدى خدماتها على الوجه الأكمل للأبناء. وفيما يلى أهم الإنجازات :

أولاً : مؤسسة التثقيف الفكرى بالجيزة :

وتهدف المؤسسة إلى رعاية وتأهيل الأحداث المتخلفين عقلياً ممن صدر ضدهم أحكام بالإيداع. وتقدم المؤسسة لهم برامج تعليمية تتناسب مع قدراتهم وبها فصلان دراسيان وعنبران لإقامة الأبناء وبعض غرف العاملين وتضم المؤسسة :

٦٣ ابن داخلى.

٤ ابن خارجى.

ويستفد من البرامج التعليمية ٦٣ إبناً أما باقى الأبناء فتقدم لهم برامج التدريب المهنى وتضم المؤسسة عدد ٤ ورش - (الخيرزان - النجارة - الترزية - السجاد).

كما تقدم للأبناء أيضاً برامج الأنشطة الترويحية والرياضية. وقد تم صرف مبلغ ٤٠٠٠٤ جنيه وذلك لترميم دورات المياه وترميم المبنى والبياض والإصلاحات وكذلك شراء معدات مطبخ وصالة مطعم ووسائل تعليمية وتدريبية وذلك غير الملابس والأثاث وذلك بجهد من مجلس الإدارة.

ثانياً : مؤسسة التثقيف الفكرى بالمرج وشديدى التخلف:

وتهدف المؤسستين فى تطوير أقسامها المختلفة مثل الأقسام المهنية لعدد ١٥٠ ابن من الأبناء المتخلفين عقلياً « فئة شديد التخلف - متوسط التخلف». هذا ويتم تدريب الأبناء على أعمال البلاستيك والنقاشة والكليم والكى وبالنسبة لقسم السجاد فإن القسم يضم ١٥ أبناً يتم تدريبهم على ٧ أنوال.

وقد تم إنشاء مزرعة لتربية الأبقار الفريزيان بالتعاون مع الحكومة الهولندية وأصبح بها ٢٢ رأساً من البقر فضلاً عن أن الأبناء يعملون فى أول مشروع لتربية ورعاية الأبقار ونظراً للنشاط المستمر الذى لمسته الحكومة الهولندية وقد دعت المؤسسة بقطيع من الأبقار الفريزيان وقد تم إعداد مكان

الحظائر التى تستوعب دفعة أخرى كما أهدتها جرار زراعى وسيارة بدفورد «نصف نقل» وجهاز شفط حليب.

أما بالنسبة لمشروع الماعز فهو يضم ٥٠ رأساً كما تم تطوير العمل وتدريب الأبناء على هذا المشروع. وهو فى تقدم مستمر.

وقد تم تخصيص مبلغ ٢٨٠٠٠ جنيه وذلك لترميم المؤسستين وشراء المعدات التى تحتاجها المؤسستين بخلاف الأثاث والملابس وكان إيراد الأمن الغذائى خلال العام ٥٦٣٥٧ جنيه من الألبان وخلافه.

ثالثاً : مؤسسة التثقيف الفكرى بحلوان:

وتقدم هذه المؤسسة البرامج التعليمية والتربوية وبرامج التدريب المهنى لعدد ٩٠ فتاة منهم ٨٠ بالقسم الداخلى، ١٠ بالقسم الخارجى.

ويتم تدريب الفتيات على صناعة السجاد والتريكو أشغال الأبرة والحياكة وقد تم تخصيص مبلغ ٢٩٣٥٢ جنيه للترميمات الشاملة (دورات المياه - المبنى - وعنابر) وخلافه من شراء معدات تعليمية وتدريبية وتطوير المطابخ والمطعم بالمؤسسة.

رابعاً : مؤسسة التثقيف الفكرى بالزيتون :

وتقبل هذه المؤسسة من سن ١٢ - ١٧ سنة ونسبة ذكاءهم من ٤٠ - ٧٠ درجة وتضم المؤسسة ٩٥ حالة (٧٥ داخلى - ٢٠ خارجى) وتقدم برامج التأهيل المختلفة للأبناء فى هذه المؤسسة وتضم المؤسسة الأقسام المهنية الآتية :

(قسم الجلود - قسم التريكو - قسم للتدريب على السباكة والأعمال المعدنية - قسم السجاد - قسم الخيرزان) . وجميع الأقسام تخدم الأبناء جميع الأبناء من الداخلى والخارجى. بالإضافة إلى برامج التدريب المهنى فإن الإبن يحصل على بعض المعلومات العامة من البيئة المحيطة به ومعرفة القراءة والكتابة من الفصول الدراسية المتاحة لهم بالإضافة إلى إكساب الإبن بعض المعلومات عن النظافة والأمراض وغيرها. وقد تم تخصيص مبلغ ٤٥٠٠ جنيه لترميم دورات المياه بالمؤسسة وتصليح مطعم المؤسسة وشراء

بعض الإحتياجات الخاصة بالمؤسسة.

كما تم فتح عيادة نفسية بها وتعمل منذ ثمانية أشهر بنجاح.

خامساً : مؤسسة التثقيف الفكرى بحدائق القبة:

وتقدم هذه المؤسسة برامج التأهيل للأبناء المتخلفين عقلياً من سن ٨ - ١٢ سنة ونسبة ذكاءهم من ٥٠ - ٧٥ درجة وتخدم المؤسسة ٧٣ ابن.

٥٥ حالة بالقسم الداخلى.

١٨ حالة بالقسم الخارجى.

-وتقدم للأبناء البرامج التعليمية والتربوية المناسبة. كما تقدم لهم البرامج الثقافية والترويحية ويتم تدريب الأبناء على حرف بسيطة كصناعة (الخيرزان - النجارة - تجميع النجف) وقد تم صرف مبلغ ١٣٢٥ جنيه + مبالغ أخرى عن طريق الجمعية لترميم دورات مياه المؤسسة وشراء معدات وملابس وأثاث وخلافه.

وقد تم العمل على تزويد المؤسسة بالأنشطة التأهيلية لتنظيم إجتماعات فردية وعمل زيارات منزلية لبحث المشكلات فى جو أسرى.

وقد أنجزت المؤسسة خلال العام :

* القضاء على مشكلة رشح المياه فى أرضية المطعم والمطبخ والفناء وذلك بعمل إصلاحات وإقامة مواسير فى أرضية الفناء وتركيب موتور مناشب لشفط المياه.

* إقامة ثلاث حجرات خشبية بالفناء لإستغلالها فى الأنشطة المختلفة.

* التجهيز لإقامة عيادة نفسية لاستقبال حالات خارجية.

سادساً : مركز التثقيف الفكرى بالمطرية:

النشاط القائم عليه مركز التنمية الفكرية بالمطرية:

* النشاط الإجتماعى.

* النشاط المهنى.

* النشاط الثقافى.

* الرعاية النفسية.

ويخدم المركز حوالى ٢١٠ ابن :

١٥٠ خارجي ذكور وأناث.

٦٠ داخلى ذكور.

ويقبل المركز من سن ١٥ - ٢٥ سنة ونسبة الذكاء ٢٠ درجة ولاتزيد عن ٨٠ درجة ويقدم المركز برامج تأهيل مختلفة للأبناء ويضم المركز الأقسام المهنية الآتية :

- قسم النجارة
- قسم الخيرزان
- قسم التريكو والكورشيه
- قسم الخزف
- قسم البلاستيك
- المطبعة
- قسم السجاد
- قسم الجلود
- قسم الخياطة
- قسم التربية الفنية
- الزراعة

الفئات التى يخدمها المركز :

أصبح مركز المطرية فى الوقت الحالى يخدم جميع فئات التخلف العقلى تخلف متوسط - شديدى التخلف وقد وضعت برامج متخصصة لكل من هذه الفئات كما أن المركز يقوم بالخدمات بالنسبة لأبناءنا المتخلفين عقلياً من سن ثمانية سنوات حتى عشرون عاماً وبالطبع قد قام المركز بوضع برنامج لكل فئة سنية بما يتناسب مع قدراتهم.

حضانة الأبناء المتخلفين عقلياً :

أنشئت حضانة للأبناء المتخلفين عقلياً من سن ثمانية أشهر حتى ثلاث سنوات حتى ينال الطفل جرعة من البرامج التأهيلية من الصفر ويمكن إلحاقه بالأنشطة بالمركز والمؤسسات التابعة له.

بالنسبة لشهادات التأهيل التى يحصل عليها الأبناء من مركز المطرية بعد التدريب الكافى قد منح ٦٣ شهادة تأهيل للأبناء الأكفاء للعمل فى المجالات المختلفة ليصبحوا أعضاء منتجين فى المجتمع.

البرامج الجديدة التى أنضمت لنشاط المركز:

١ - أنشئت عيادة نفسية وتأهيلية لخدمة الحالات النفسية والعصبية للأبناء المتخلفين عقلياً من سن أقل من ثمانية سنوات.

٢ - تطورات الخدمة بالنسبة للعيادة النفسية وشملت حالات من جميع الأعمار ومن جميع المجالات حيث أن العيادة تقدم خدمة متطورة مثل:

- تقديم علاج طبى الحالات.
- تقديم برامج توجيهية للأسرة عن كيفية معاملة الطفل المتخلف.
- علاج العيوب الكلامية للحالات الإبدال وصعوبة النطق.
- إجراء أبحاث إجتماعية ونفسية للحالات لوضع خطة العلاج.

٣ - تنشيط العمل بالمركز أنشئ قسم لإجراء الأبحاث الإجتماعية والنفسية للأبناء المتقدمين لتسهيل إلحاقهم بالمركز أو المؤسسات التابعة للجمعية.

ثالثاً : النماذج للقوانين والقرارات الوزارية بشأن تأهيل المعوقين ورعايتهم

القانون رقم ٤٩ بتاريخ ١٩٨٢/٦/٢٦
بتعديل أحكام القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين (*)

باسم الشعب

رئيس الجمهورية

قرر مجلس الشعب القانون الآتي نصه وقد أصدرناه :

(المادة الأولى)

يستبدل بنصوص المواد ٩، ١٠، ١٥، ١٦ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين النصوص الآتية:

مادة ٩ - على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر وتسرى عليهم أحكام القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ بإصدار قانون العمل سواء كانوا يشتغلون فى مكان واحد أو بلد واحدة أو فى أمكنة متفرقة، إستخدام المعوقين الذين ترشحهم مكاتب القوى العاملة من واقع سجل قيد المعوقين بها وذلك بنسبة خمسة فى المائة من مجموع عدد العمال فى الوحدة التى يرشحون لها.

وتسرى هذه النسبة على كل فرع على حدة لأصحاب الأعمال المشار إليهم شغل هذه النسبة باستخدام المعوقين من غير طريق الترشيح من مكاتب القوى العاملة بشرط حصول القيد المنصوص عليه فى المادة السابقة.

ويجب فى جميع الأحوال على كل من يستخدم معوقاً إخطار مكتب القوى العاملة المختص وذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ إستلام المعوق للعمل.

مادة ١٠ - تخصص للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل نسبة خمسة فى المائة من مجموع عدد العاملين بكل وحدة من وحدات الجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والقطاع العام كما تلتزم هذه الوحدات باستيفاء النسبة المشار إليها باستخدام المعوقين المقيمين بدائرة عمل كل وحدة والمسجلين بمكاتب القوى العاملة المختصة على أن يتم إستكمال النسبة المقررة بالقانون خلال سنتين من تاريخ صدور هذا التعديل.

(*) انظر فى هذا الشأن :
على عبده محمود، مرشد جميعات رعاية وتأهيل المعوقين فى مجال التشريعات، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج.م.ع. مارس ١٩٩٤.

ويجوز لأى من هذه الجهات إستخدام المعوقين المقيدين فى مكاتب القوى العاملة مباشرة دون ترشيح منها وتحتسب هذه التعيينات من النسبة المنصوص عليها فى الفترة السابقة ويجب فى جميع الأحوال إخطار مكتب القوى العاملة المختص بذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ إستلام المعوق للعمل.

مادة ١٥ - على وحدات القطاع الخاص والجهاز الإدارى للدولة والقطاع العام التى تسرى عليها أحكام هذا القانون إمساك سجل خاص لقيدا لمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل الذين التحقوا بالعمل لديهم ويجب أن يشتمل هذا السجل على البيانات الواردة فى شهادة التأهيل وعليهم تقديم هذا السجل إلى مكتب القوى العاملة الذى يقع فى دائرته نشاطهم كلما طلب ذلك وعليهم إخطار هذا المكتب ببيان يتضمن عدد العاملين الإجمالى وعدد الوظائف التى يشغلها المعوقون المشار إليهم والأجر الذى يتقاضاها كل منهم ويكون السجل والإخطار ببيان طبقاً للنماذج الموحدة التى صدر بها قرار من وزير القوى العاملة. ويحدد وزير القوى العاملة بقرار منه مواعيد الإخطار بالبيان. وعلى مديريات القوى العاملة كل ف دائرة إختصاصه إخطار مديريات الشئون الإجتماعية المختصة كل ستة أشهر ببيان إجمالى عن عدد الوظائف التى يشغلها المعوقون والأجر الذى يتقاضاه كل منهم وذلك طبقاً للأوضاع التى يحددها وزير الشئون الإجتماعية.

مادة ١٦ - يعاقب كل من يخالف أحكام المادة التاسعة من هذا القانون بغرامة لاتجاوز مائة جنيه والحبس مدة لاتجاوز شهراً أو بإحدى هاتين العقوبتين كما يعاقب بنفس العقوبة المسئولون بوحدات الجهاز الإدارى بالدولة والقطاع العام الذين يخالفون أحكام المادة العاشرة من هذا القانون ويعتبر مسئولاً فى هذا الشأن كل من يملك سلطة التعيين.

كما يجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بأن يدفع شهرياً للمعوق المؤهل الذى رشح له وامتنع عن إستخدامه مبلغاً يساوى الأجر أو المرتب المقرر أو التقديرى للعمل أو اوظيفة التى رشح لها وذلك إعتباراً من تاريخ إثبات المخالفة ولايجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بهذا المبلغ لمدة تزيد على سنة ويزول هذا الإلزام إذا قام بتعيين المعوق لديه أو التحق المعوق فعلاً بعمل آخر وذلك من اريخ تعيين أو التحاق المعوق بالعمل يجب على صاحب العمل تنفيذ الحكم بإلزامه بأداء المبلغ المذكور خلال عشرة أيام من تاريخ صدوره والإستمرار فى هذا الأداء شهرياً فى الميعاد المحدد بالحكم. وفى حالة إمتناع صاحب العمل عن أداء الأجر أو المرتب المشار إليها إلى المعوق فى الميعاد المقرر يجوز تحصيله بناء على طلب العامل بطريق الحجز الإدارى وأدائه إليه دون أى مقابل أو أية رسوم من أى نوع كانت ولايستفيد المعوق إلا من أول حكم يصدر لصالحه. وفى حالة تعدد الأحكام بإلزام أصحاب الأعمال بالدفع عند تعددهم تؤول إلى وزارة الشئون الإجتماعية المبالغ المحكوم بها فى الأحكام الأخرى وتخصص هذه المبالغ للصرف منها

فى الأوجه وبالشروط وطبقاً للأوضاع المنصوص عليها فى المادة التالية.

وتتعدد العقوبة بتعدد الذين وقعت فى شأنهم الجريمة كما تتعدد العقوبة بتعدد الإمتناع عن تشغيل المعوق الواحد تطبيقاً لحكم المادتين ٩ ، ١٠ وذلك عن كل سنة يحصل فيها الإمتناع بالنسبة له، ويعاقب كل من يخالف أحكام المادة (١٥) بالحبس مدة لاتزيد على شهر وبغرامة لاتجاوز مائة جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين.

وتقام الدعوى فيجميع الأحوال على صاحب العمل أو وكيله أو المدير المسئول ولايجوز الحكم بوقف التنفيذ فى العقوبات المالية.

(المادة الثانية)

ينشر هذا القانون فى الجريدة الرسمية ويعمل به من اليوم التالى من تاريخ نشره ويبصم هذا القانون بخاتم الدولة وينفذ كقانون من قوانينها.

صدر برئاسة الجمهورية فى ٥ رمضان ١٤٠٢ هـ (٢٦ يونية ١٩٨٢).

(محمد حسنى مبارك)

الباب الثانى
قرارات وزير الشئون الإجتماعية
المنظمة لرعاية وتأهيل المعوقين

عهد القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين إلى وزارة الشئون الإجتماعية وأجهزتها بمسئولية تنفيذه والعمل على توفير خدمات الرعاية والتأهيل للمعوقين بصورها المختلفة.

كما تضمنت بعض نصوصه قيام وزير الشئون الإجتماعية بمهام إصدار القرارات التنفيذية لبعض مواد هذا القانون.

ويتضمن هذا الباب عرضاً للقرارات الوزارية السارية المفعول حالياً التى أصدرها وزير الشئون الإجتماعية تنفيذاً لأحكام القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ ....، وتم حذف القرارات التى ألغيت والتى تتضح من الديباجة الخاصة ببعض القرارات سارية المفعول حالياً.

قرار وزارى
رقم ٢٥٩ بتاريخ ٢٠ مايو ١٩٧٦
باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين

وزيرة الشئون الإجتماعية:

بعد الإطلاع على قانون الجمعيات الخاصة الصادر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤.

وعلى القانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ فى شأن الضمان الإجتماعى.

وعلى القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين:

وبناء على ما ارتآه مجلس الدولة

قررت:

مادة ١ – لكل معوق حق التأهيل، وتؤدى الدولة خدمات التأهيل دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض فى الموازنة العامة للدولة ويجوز أن تؤدى هده الخدمات بمقابل فى الحالات وبالحدود الآتية:

(أ) بالنسبة للعلاج الطبيعى :

١ – إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ثلاثة جنيهات ويقل عن أربعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائة مليم عن جلسة.

٢ – إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ويقل عن ستة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائتى مليم عن كل جلسة.

٣ – إذا كان متوسط دخل الفردفى الأسرة ستة جنيهات فأكثر فيساهم طالب التأهيل بمبلغ ثلثمائة مليم عن كل جلسة.

ولايجوز أن يزيد ما تتحمله جهة العلاج الطبيعى على خمسين جنيهاً للعلاج الطبيعى وما يستتبعه من إقامة وأدوية وخلافه بالنسبة للحالة الواحدة وإذا زادت قيمة العلاج على ذلك فيعرض الأمر على الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين لتقرير ماتراه.

(ب) بالنسبة للأجهزة التعويضية:

١ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ثلاثة جنيهات ولايجاوز أربعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ١٠٪ من قيمة الجهاز.

٢ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ولايزيد على خمسة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٣٠٪ من قيمة الجهاز.

٣ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة يزيد على خمسة جنيهات ولايجاوز سبعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٥٠٪ من قيمة الجهاز.

٤ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة يجاوز سبعة جنيهات يتحمل طالب التأهيل بقيمة الجهاز بالكامل. فإذا كانت الأسرة مكونة من فرد واحد بذات متوسط الدخل وزادت قيمة الجهاز على عشرة جنيهات فيتحمل طالب التأهيل بمبلغ عشرة جنيهات أو ٥٠٪ من قيمة الجهاز أيهما أكبر.

وتقدر قيمة مساهمة طالب التأهيل فى تكاليف العلاج الطبيعى والجهاز التعويضى على النحو المشار إليه بعد فحصه طبياً لتحديد نوع العجز والعلاج الطبيعى أو الجهاز التعويضى اللازم للتأهيل وعلى ضوء مايسفر عنه البحث الإجتماعى لحالته.

مادة ٢ - لاتصرف النظارات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للمعوقين الجارى تأهيلهم والذين يثبت أن النظارة ضرورية بالنسبة لطبيعة العمل الذى يؤهلون إليه.

مادة ٣ - لاتصرف أطقم الأسنان فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا إذا كانت لازمة لاستكمال التأهيل للأشخاص المعوقين المصابين بحالات تشوه أو عيوب فى أحد الفكين.

مادة ٤ - لاتصرف السماعات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للحالات التى يثبت من الفحص الطبى الذى تجريه الوحدات السمعية المتخصصة صلاحية إذن طالب التأهيل للسمع بالسماعة الطبية وإمكان إستفادته منها وشرط أن تكون السماعة لازمة وضرورية لتأهيل الطالب مهنياً أو تساعده على الإستمرار فى العمل الذى يزاوله.

مادة ٥ - تسلم الأجهزة التعويضية إلى مستحقيها بواسطة لجنة خاصة يصدر بتشكيلها قرار من مدير الجهة القائمة بتأدية الخدمة. وعلى أن تضم هذه اللجنة إلى عضويتها الطبيب والأخصائى المهنى بهذه الجهة ومندوب عن الجهة التى قامت بتصنيع الجهاز.

ويتم التسليم بعد التأكد من مطابقة الأجهزة للمواصفات وإستيفائها للشروط الطبية .

مادة ٦ – لايجوز تكرار صرف الأجهزة التعويضية إلا بعد مضى المدة الموضحة قرين كل نوع من الأجهزة التالية:

(أ) الدراجات اليدوية والكراسى المتحركة والسماعات الطبية وأطقم الأسنان بعد سبع سنوات[(١)] .

(ب) النظارات الطبية بعد خمس سنوات.

(جـ) أجهزة الشلل والأطراف الصناعية للبالغين من العمر ٢١ سنة فأكثر بعد ثلاث سنوات.

(د) أجهزة الشلل والأطراف الصناعية لمن هم دون ٢١ سنة واحدة.

(هـ) الأحذية الطبية والأحزمة الطبية بعد سنة واحدة.

مادة ٧ – تقدم طلبات خدمات التأهيل إلى الجهة القائمة على هذه الخدمة وتقيد الطلبات بالسجل الخاص بذلك، تقدم خدمات التأهيل حسب الأسبقية المطلقة لتاريخ قيد الطلبات.

ويجوز الإستثناء من شرط أسبقية القيد إذا ثبت من الفحص الطبى بمعرفة طبيب الجهة وإعتماد رئيسها لنتيجة الفحص أن التأخير فى تقديم خدمة التأهيل يضر بالحالة طبياً أو يؤدى إلى تدهورها.

مادة ٨ – يمارس المجلس الأعلى لتأهيل المعوقين إختصاصاته وفقاً لنص المادة ٤ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه.

وللمجلس أن يدعو إلى حضور جلساته من يرى الإستعانة بخبرتهم فى المسائل المعروضة.

مادة ٩ – يجتمع المجلس المجلس مرة كل ثلاثة أشهر إلا إذا اقتضت الضرورة إجتماعه فيما بين فترتى الإجتماع.

ويوجه المقرر الدعوة لحضور الإجتماعات مرفقاً بها جدول الأعمال المقترح. وذلك قبل موعد الإجتماع بمدة أسبوع على الأقل، وتسلم الدعوة باليد أو ترسل عن طريق البريد بكتاب مسجل مصحوب بعلم وصول.

مادة ١٠ – تكون إجتماعات المجلس صحيحة بحضور الأغلبية المطلقة للأعضاء وتصدر القرارات بالأغلبية المطلقة للأعضاء الحاضرين، وفى حالة تساوى الأصوات يرجح الجانب الذى منه الرئيس.

مادة ١١ – تدون محاضرة إجتماعات المجلس فى سجل خاص ويوقع عليها الرئيس وتبلغ المحاضر للأعضاء قبل الإجتماع التالى للمجلس بوقت كاف.

---

(١) تعدلت الفقرة (أ) بالقرار الوزارى رقم ٥٩٨ لسنة ١٩٧٦.

مادة ١٢ – فى حالة غياب رئيس المجلس عن الإجتماع يتولى الرئاسة وكيل وزارة الشئون الإجتماعية المختص.

مادة ١٣ – تنشئ وزارة الشئون الإجتماعية المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين.

ويجوز بقرار من وزير الشئون الإجتماعية الترخيص للجمعيات والمؤسسات الخاصة إنشاء المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين أو مزاولة هذه الخدمات.

مادة ١٤ – يشترط لقيام الجمعيات والمؤسسات الخاصة بتوفير خدمات التأهيل للمعوقين مايأتى :

١ – أن يكون نظامها الأساسى مشهراً طبقاً لأحكام القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ المشار إليه.

٢ – أن تكون من الجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.

٣ – أن تكون من الجمعيات ذات الصفة العامة.

٤ – أن يمثل الوزارة فى مجلس إدارتها عضوان من الأخصائيين فى مجال التأهيل.

٥ – أن يتولى خدمات التأهيل بالجمعية ذو المؤهلات العالية المتخصصون فى النواحى الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية ممن لهم خبرة سابقة فى مثل هذه الخدمات.

مادة ١٥ – تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة على الوجه الآتى:

١ – مدير أو رئيس تلك الجهة (مقرراً).

٢ – رئيس قسم التأهيل أو أخصائى التأهيل بمديرية الشئون الإجتماعية المختصة (عضواً).

٣ – ممثل مديرية القوى العاملة التى تقع الجهة فى دائرة عملها (عضواً).

٤ – طبيب الأمن الصناعى يختاره مدير القوى العاملة (عضواً).

٥ – طبيب الجهة (عضواً).

وتختص هذه اللجنة بفحص طالبى التأهيل، ويكون لها الإطلاع على التقارير الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية الخاصة بالطالب ودراستها لتقرير مدى عجزه وصلاحيته للتأهيل وتتولى وضع خطة تأهيلية متضمنة إختيار المهنة وفترة التدريب.

ولاتكون إجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير أو رئيس الجهة واحد الطبيبين المشار إليهما فى الفقرتين ٤ ، ٥ وممثل مديرية القوى العاملة التى تقع فى دائرة جهة التأهيل.

مادة ١٦ [1] : تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة أخرى على الوجه الآتى:

١ – مدير أو رئيس الجهة (مقرراً).
٢ – الأخصائى المهنى بالجهة (عضواً).
٣ – طبيب الجهة (عضواً).
٤ – رئيس قسم التأهيل بمديرية الشئون الإجتماعية (عضواً).
٥ – ممثل مديرية القوى العاملة المختص بشئون القوى العاملة يختاره مدير مديرية القوى العاملة (عضواً).

وتختص هذه اللجنة بتقرير منح شهادات التأهيل للمعوقين الذين تم تأهيلهم أو الذين يثبت صلاحيتهم للقيام بعمل مناسب دون تأهيل بناء على طلبه.

وتصدر الشهادات طبقاً للنموذج (*) (رقم ١) المرفق بهذا القرار معتمدة من مدير الجهة ومصدقاً عليها من مدير عام مديرية الشئون الإجتماعية المختص.

ولاتكون إجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير الجهة والطبيب وممثل مديرية القوى العاملة.

مادة ١٧ – يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشئون الإجتماعية بالبيان الشهرى عن المعوقين الذين تم تشغيلهم فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات والوحدات الإقتصادية التابعة للقطاع العام فى اليوم الخامس على الأكثر من كل شهر، وذلك طبقاً للنموذج (*) رقم ٢ المرفق بهذا القرار.

مادة ١٨ – يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشئون الإجتماعية المختصة بالبيان الإجمالى كل ستة أشهر عن عدد الوظائف التى يشغلها المعوقون والأجر الذى يتقاضاه كل منهم وذلك طبقاً للنموذج (*) رقم ٣ المرفق بهذا القرار.

مادة ١٩ – يفتح بالوزارة حساب خاص لرصد حصيلة الغرامات المحكوم بها طبقاً للمادة ١٦ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه يخصص للصرف منه فى إعانة الهيئات العاملة فى مجال رعاية المعوقين عند قصور ميزانياتها عن الوفاء بالتزاماتها أو للتوسع فى توفير خدمات التأهيل.

ويكون الصرف بموافقة وكيل الوزارة المختص بناء على إقتراح الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى.

مادة ٢٠ – ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية، ويعمل به من تاريخ نشره.

دكتورة / عائشة راتب
وزيرة الشئون والتأمينات

---

(١) المادتين (١٥) و (١٦) تم إلغاؤهما وحل محلهما ماورد بالقرار الوزارى رقم ١٨١ لسنة ١٩٩٢.
(*) النماذج مرفقة بالصفحات ١٤٩ ، ١٥٩ ، ١٥١.

قرار وزارى
رقم ٥٩٨ بتاريخ ١٩٧٦/١١/٢٠
بتعديل بعض أحكام القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦
باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين

وزيرة الشئون الإجتماعية :

بعد الإطلاع على القرار الوزارى رقم ٢٥٩ بتاريخ ١٩٨٦/٥/٢٠ باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين.

وبناء على ما عرضه السيد / وكيل الوزارة لشئون التنمية الإجتماعية.

قــــرر

مادة ١ – يستبدل بنص الفقرة (أ) من المادة السادسة من القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ المشار إليه النص التالى :

أ – السماعات الطبية وأطقم الأسنان بعد سبع سنوات والدراجات اليدوية والكراسى المتحركة بعد ثلاث سنوات.

مادة ٢ – على وكيل الوزارة لشئون التنمية الإجتماعية تنفيذ هذا القرار ويعمل به من تاريخ صدوره وينشر فى الوقائع المصرية.

وزيرة الشئون الإجتماعية والتأمينات
(دكتورة عائشة راتب)

***

قرار وزارى
رقم ٤٥٥ بتاريخ ١٩٨٢/١٢/١٢
بشأن تعديل بعض أحكام القرار الوزارى
رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦

وزيرة التأمينات والدولة للشئون الإجتماعية :

قــرر

مادة ١ – يستبدل بنص المواد ١ ، ٢ ، ٤ ، من القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ المشار إليه النصوص الآتية :

مادة ١ – لكل معوق حق التأهيل وتؤدى الدولة خدمات التأهيل دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض فى الموازنة العامة للدولة وذلك للحالات الآتية:

١ – المعوق الذى يتم تأهيله مهنياً بهيئات التأهيل.

٢ - أفراد الأسر أصحاب المعاشات والمساعدات طبقاً لأحكام القانون رقم ٣٠ لسنة ١٩٧٧ بشأن قانون الضمان الإجتماعى.

٣ - أفراد الأسر المستفيدين من أحكام المادة الخامسة من القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٨٠ بإصدار قانون نظام التأمين الإجتماعى الشامل (معاش السادات).

ويجوز أن تؤدى خدمات التأهيل بمقابل طبقاً للأوضاع الآتية:

أولاً - بالنسبة للأجهزة التعويضية يكون ذلك وفقاً للجدول التالى : «انظر القرار ١٧٦ لسنة ٩٢ حيث به تعديلات الجدول».

ثانياً - بالنسبة للعلاج الطبيعى : يتولى مجلس إدارة الجمعية التى يتبعها مركز العلاج الطبيعى تحديد رسم الكشف الطبى لحالات العلاج الطبيعى وقيمة الجلسة ونفقات العلاج الطبيعى فى حالة الإقامة الداخلية أثناء فترة العلاج الطبيعى اللازمة لكل حالة وذلك فى ضوء الإمكانيات المالية للجمعية.

وتدر قيمة مساهمة طالب التأهيل فى تكاليف العلاج الطبيعى على ضوء مايسفر عنه البحث الإجتماعى للحالة.

مادة ٢ - تصرف النظارات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل الإجتماعى للمعوقين الجارى تأهيلهم والذين يثبت أن النظارة ضرورية بالنسبة لطبيعة العمل الذى يؤهلون إليه.

ويجوز صرف النظارات الطبية لغير هذه الحالات من المعوقين لمعاونتهم على التكيف الإجتماعى والنفسى بنسبة لاتجاوز ١٠ ٪ من الإعتماد المخصص للأجهزة التعويضية بكل هيئة من هيئات التأهيل.

مادة ٣ - تصرف السماعات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل للمعوقين الذى يثبت من الفحص الطبى الذى تجريه الوحدات السمعية التخصصية صلاحية أذن طالب التأهيل للسمع بالسماعة الطبية.

ويجوز صرف السماعات الطبية لغير هذه الحالات من المعوقين لمعاونتهم على التكيف الإجتماعى والنفسى بنسبة لاتجاوز ١٥ ٪ من الإعتماد المخصص للأجهزة التعويضية بكل هيئة من هيئات التأهيل.

مادة ٤ - ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ صدوره.

إمضاء

وزيرة الشئون الإجتماعية

قرار وزارى
رقم ١٣٥ بتاريخ ١٩٨٤/٥/١٣
بتعديل الكشف المرافق للقرار الوزارى
رقم ٤٢٦ لسنة ٧٩ بتحديد الوظائف
التى تخصص للمعوقين المؤهلين

وزيرة التأمينات ووزيرة الدولة للشئون الإجتماعية:

بعد الإطلاع على القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين المعدل بالقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ وعلى القرار الوزارى رقم ٢٥٩ بتاريخ ١٩٧٦/٥/٢٠ باللائحة التنفيذية لقانون تأهيل المعوقين المعدل بالقرار رقم ٤٥٥ بتاريخ ١٩٨٢/١٢/١٢.

وعلى القرار الوزارى رقم ٤٢٦ بتاريخ ١٩٨٩/٩/٣٠ بتحديد الوظائف والأعمال التى تخصص للمعوقين المؤهلين.

وعلى كتاب وزارة القوى العاملة والتدريب رقم ٤١٦ بتاريخ ١٩٨٤/٤/١٨ بالموافقة على التعديل المقترح للقرار الوزارى رقم ٤٢٦ لسنة ١٩٧٩.

وعلى مذكرة الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين رقم ٨٤٤ بتاريخ ١٩٨٤/٤/٩.

وبناء على ما عرضته علينا السيدة رئيس الإدارة المركزية للتنمية الإجتماعية.

قـــرار

مادة (*) ١ – تخصص الوظائف والأعمال المحددة بالكشف المرافق لهذا القرار من الوظائف والأعمال الخالية فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الإقتصادية التابعة لها للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل كل بما يتناسب مع مجال تأهيله وذلك فى حدود النسبة وبالشروط المنصوص عليها بالمادة العاشرة من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المعدلة باللقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ المشار إليه...

مادة ٢ – يلغى القرار الوزارى رقم ٤٢٦ لسنة ١٩٧٩ المشار إليه.

مادة ٣ – ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ نشره.

دكتورة / آمال عثمان

وزيرة التأمينات ووزيرة الدولة للشئون الإجتماعية

(*) تعدلت هذه المادة بالقرار الوزارى رقم (٣) لسنة ٩٠.

١ – الآعمال الكتابية :

أعمال السكرتارية – الحفظ – الحسابات – المخازن – الآلة الكاتبة – تصوير المستندات.

٢ – أعمال الخدمات :

عامل عادى – عامل نظافة – فراش – ساعى – خفير – خادم مسجد أو كنيسة – عامل تشغيل مصعد – عامل تليفون – عامل جراج – عامل حدائق – عامل مزرعة دواجن – عامل منحل – عامل قياس – عامل وزان – عامل تكرير – عامل صهاريج – عامل تزييت – تومرجى – أعمال الطهى والغسيل وكى الملابس – عامل فرز – عامل تجهيز – عامل تجميع – عامل تعبئة وتغليف – مؤذن – مقيم شعائر ..

٣ – أعمال الصيانة والإصلاح :

الراديو – والتليفزيون – الثلاجات – الساعات – الإطارات.

٤ – أعمال الخراطة والبرادة والسمكرة والحداد واللحام والميكانيكا والكهرباء :

خراط – أو براد – سمكرى أو سباك أو حداد أو ميكانيكى أو كهربائى عام – خراط أو براد معادن سمكرى أو كهربائى سيارات سباك أدوات صحية – لحام أكسوجين أو كهرباء – كهربائى توصيلات أو لف موتورات.

٥ – أعمال الخياطة والترزية :

التطريز والتريكو والسجاد والكليم والبطاطين.

٦ – أعمال الغزل والنسيج.

٧ – أعمال السروجية والتنجيد.

٨ – أعمال النجاة :

عام – نجارة أثاث.

٩ – أعمال الدهان والدوكو والأستر والنقش.

١٠ – أعمال الطباعة : وصفافو الحروف والتجليد.

قرار وزارى
رقم ٢٢٤ بتاريخ ١٩٨٦/١١/١٩
بتشكيل اللجنة العليا للإحتفال بيوم المعوق

وزيرة التأمينات والشئون الإجتماعية :

بعد الإطلاع على القانون رقم ٢٢ لسنة ١٩٦٤ بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاصة، وعلى القرار الجمهورى رقم ٩٣٢ لسنة ١٩٦٦ باللائحة التنفيذية لقانون الجمعيات والمؤسسات الخاصة.

وعلى مذكرة السيدة / رئيس الإدارة المركزية للتنمية الإجتماعية المؤرخة ١٩٨٦/٩/٨ ، وبناء على ماعرضه السيد / رئيس قطاع الديوان العام.

قـــرر

مادة ١ – تشكل لجنة عليا للتخطيط للإحتفال بيوم المعوق برئاستنا وعضوية كل من السادة :

١ – رئيس قطاع الديوان العام بوزارة الشئون الإجتماعية.
٢ – رئيس إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
٣ – رئيس الإدارة المركزية للتنمية الإجتماعية بوزارة الشئون الإجتماعية.
٤ – رئيس الإدارة المركزية للتعليم الأساسى بوزارة التربية والتعليم.
٥ – رئيس الإدارة المركزية للخدمات الطبية المكملة بوزارة الصحة.
٦ – ممثل الهيئة العامة للإستعلامات.
٧ – ممثل للهيئة العامة للتنشيط السياحى.
٨ – ممثل لنقابة الصحفيين.
٩ – ممثل لاتحاد أمناء الإذاعة والتليفزيون.
١٠ – ممثل لإدارة التوجيه المعنوى بالقوات المسلحة.
١١ – مدير عام الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين.

ويكون السيد / مدير عام الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين (مقرراً) .

ويضم إلى عضوية هذه اللجنة السادة الآتى أسماؤهم باعتبارهم شخصيات عامة من الخبراء والمهتمين:

١ – الدكتور / إبراهيم مسلم سليمان.
٢ – الدكتور / سعد الدين مصطفى كامل حتحوت.
٣ – الأستاذ / محمد سعيد صبرى.
٤ – اللواء / أحمد فهمى.

ويجوز للجنة أن تضم لعضويتها من ترى الإستعانة بخبراتهم فى تحقيق أغراضها، على أن تشكل فى أول إجتماع لها أمانة فنية تتولى الإعداد لاجتماعاتها.

مادة ٢ – تختص هذه اللجنة بالآتى :

أ - التخطيط للإحتفال بيوم المعوق سنوياً وتنظيم وتنسيق البرامج المختلفة الخاصة بهذا الإحتفال والعمل على تطويرها.

ب - إيجاد رأى عام يتعرف على مشكلة المعوقين وآثارها ويتعاطف معها بما يعطى العون الحقيقى لهذه الفئة من المواطنين ويعمل على إنجاح تكيفهم مع المجتمع إجتماعياً ونفسياً والإنخراط فيه.

مادة ٣ - تشكل لجنة فرعية بكل محافظة برئاسة السيد/ مدير مديرية الشئون الإجتماعية المختصة وعضوية ممثلى التربية والتعليم والصحة والإعلام والإتحاد الإقليمى للجمعيات وعضوين من الجمعيات العاملة بميدان رعاية المعوقين بالمحافظة.

مادة ٤ - تختص اللجان الفرعية المشار إليها فى المادة الثالثة بتنفيذ سياسة وتوصيات اللجنة العليا فيما يتعلق بتنظيم برامج الإحتفال بيوم المعوق.

مادة ٥ - ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ صدوره.

وزيرة التأمينات والشئون الإجتماعية

(دكتورة / آمال عثمان)

الباب السادس
تيسيرات لإدماج المعوقين فى المجتمع

إن دمج المعوقين فى الحياة العامة واجب تفرضه القيم الاجتماعية والدينية، فهو حق للمعوق لم يعد ينظر إليه من الناحية الإنسانية أو الاجتماعية فحسب بل أصبح ضرورة اقتصادية لها وزنها وتأثيرها.

ولقد ظهر مفهوم الإدماج خلال العام الدولى للمعوقين (١٩٨١) والذى أعلنته الأمم المتحدة تحت شعار «المساواة والمشاركة الكاملة»، كما وأنه من خلال مفهوم «مجتمع للجميع» أصبح الدمج مسئولية المجتمع حيال أفراده المعوقين.

وقد أوصى المؤتمر الثالث للاتحاد والذى أقيم تحت عنوان «إدماج المعوقين فى الحياة العامة» عام ١٩٨٥ بمنح بعض التيسيرات والتسهيلات التى تساعد المعوقين على الإندماج فى المجتمع .. واستجابت بعض الجهات المعنية لبعض من هذه التوصيات ومازال الأمر يحتاج إلى المزيد منها.

ونعرض فى هذا الباب التيسيرات والتسهيلات التى تمنح للمعوقين بجمهورية مصر العربية للمعاونة فى ادماجهم، والتعليمات والقرارات المنظمة للحصول على البعض منها.

ويهمنا أن نشير إلى أن بعض هذه التيسيرات والتسهيلات صدرت لها قوانين وقرارات وزارية وتطبق على المستوى القومى، والبعض منها صدرت لها قرارات إقليمية من السلطات المحلية بالمحافظات. والوارد بهذا الكتاب من القرارات الاقليمية حسب ما ورد للاتحاد من مديريات الشئون الاجتماعية المختصة.

وزارة الشئون الاجتماعية

الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى

تعليمات بشأن

* نظام استخراج بطاقات إثبات الشخصية للمكفوفين

أولاً: تعريف كف البصر:

يعد كفيفاً من كانت درجة إبصاره ٣/٦٠ فأقل فى أحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية ومعنى ذلك بعبارة مألوفة عدم القدرة على عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية.

كما يعد كفيفاً من كان مجال النظر عنده لايزيد على ٢٠ درجة مهما كانت قوة إبصاره.

ثانياً: خطوات الحصول على بطاقة إثبات الشخصية للمكفوفين:

١- يتقدم الطالب إلى الوحدة الاجتماعية المختصة المقيم فى دائرة عملها بثلاث صور فوتوغرافية مقاس ٤ × ٦ وتتحقق الوحدة من شخصية الطالب واسمه بالكامل ومطابقة الصور له من واقع البطاقة الشخصية أو العائلية أو أى مستند إثبات شخصية له والتأكيد من أن العنوان المقيم به يقع بدائرة عمل الوحدة.

٢- تقوم الوحدة باستيفاء بيانات استمارة الكشف الطبى المعدة لهذا الغرض وتلصق عليها إحدى الصور الفوتوغرافية وتختم بخاتم الوحدة ويحول الطالب إلى أقرب مستشفى أميرى للرمد لتوقيع الكشف الطبى عليه وتحديد درجة إبصار كل عين على حدة قبل التصحيح بالعدسات الطبية وبعد التصحيح بالعدسات الطبية ج والتأشير من السيد الطبيب المختص بما يفيد انطباق تعريف كف البصر على الطالب من عدمه ثم اعتماد نتيجة الكشف من المستشفى وختمه بخاتم الجمهورية.

٣- تتأكد الوحدة الاجتماعية من قيام مستشفى الرمد بالفحص الطبى على الطالب واستيفاؤه وفى حالة ما أثبت الفحص الطبى انطباق تعريف كف البصر على الطالب يتم القيد بسجل المكفوفين المعد لهذا الغرض بحيث يعطى الطالب الرقم المسلسل الذى يلى الحالة السابقة مع مراعاة أن يكون السجل مختوم بخاتم الوحدة وخاتم المديرية أو الإدارة الاجتماعية وصفحاته مسلسلة ومرقمة.

٤- تتولى الوحدة الاجتماعية استخراج بطاقة إثبات الشخصية للكفيف طبقاً للنموذج

---

* صدرت بكتاب دورى السيد وكيل الوزارة للتنمية الاجتماعية رقم (١) لسنة ٨٢ وأعيد نشره بالكتاب رقم (٢) لسنة ٨٥.

المرفق* ونلصق صورة الحالة على البطاقة وتختم بخاتم الوحدة ثم ترسل إلى المديرية أو الإدارة الاجتماعية المختصة لمراجعتها على استمارة الفحص الطبى واعتمادها بخاتم الجمهورية ثم تسلم للحالة للتوقيع أو البصمة فى الخانة المختصة لذلك بالسجل وتحفظ استمارة الفحص الطبى بملف يخصص لهذا الغرض.

٥- يتم تجديد البطاقة كل عشر سنوات باستمارة كشف طبى جديدة للتأكد من انطباق تعريف كف البصر على الحالة وسحب البطاقة السابقة المنتهية وإعدامها بمحضر ويكون التجديد بنفس الرقم المسلسل وبصورة جديدة ويثبت ذلك أمام الحالة بالسجل فى الخانة المخصصة لذلك وعلى استمارة الكشف الطبى.

٦- فى حالة فقد البطاقة من الحالة والإبلاغ عن ذلك للوحدة يتم تحرير محضر بالشرطة لإثبات فقدها ويستخرج بدل الفاقد بنفس البيانات المسجلة وبعد التأكد من انطباق تعريف كف البصر على الحالة من واقع استمارة الكشف الطبى والتأشير على الاستمارة والسجل بما يفيد استخراج بدل فاقد ويكتب بالبطاقة عبارة (بدل فاقد).

٧- يخصص بكل إدارة اجتماعية أو مديرية سجل يدون به جميع البطاقات المعتمدة للوحدات الاجتماعية حسب تواريخ استخراجها وبأرقامها المسلسلة المستخرج بها يمسك بمعرفة إدارة التأهيل وتتم زيارات دورية للوحدات بمعرفة إدارة التأهيل للتأكد من سلامة الإجراءات.

٨- تقوم الوحدة الاجتماعية بإبلاغ إدارة التأهيل بالمديرية أو الإدارة الاجتماعية المختصة ببيان شهرى عن الحالات التى تم استخراج بطاقات لها ويتضمن هذا البيان الاسم وتاريخ الاستخراج لمطابقة هذا البيان على ما هو مدون بسجل الوحدة شهرياً - وفى حالة وجود أى اختلاف تتخذ الإجراءات اللازمة للتأكد من صحة البطاقات المستخرجة.

٩- تتولى مديرية الشئون الاجتماعية أو الإدارة الاجتماعية المختصة طبع السجلات اللازمة - والبطاقات - واستمارات الكشف الطبى ويتم تسليمها من المخازن إلى الوحدات بمحاضر تسليم وتسلم ويتم فى زيارات دورية للوحدات من إدارة التأهيل التأكد من عدد البطاقات المستخرجة ورصيد البطاقات الموجود بالوحدة.

---

* انظر مرفقات الكتاب ، ص ١٥٦

وزارة الشئون الاجتماعية

الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى للمعوقين

تعليمات بشأن استخراج بطاقة إثبات الشخصية للمعوقين

من مكاتب التأهيل الاجتماعى بالمحافظات المختلفة

١- يتم تحرير طلب استخراج بطاقة طبقاً للنموذج رقم ٢٤ للمعوق الذى يتقدم للمكتب ومعه ٣ صور فوتوغرافية مقاس ٤ × ٦ بشرط أن يكون مقيد بدائرة عمل المكتب.

٢- يقوم طبيب المكتب بإجراء الكشف الطبى على الطالب لتحديد إعاقته وبالنسبة لحالات التخلف العقلى يكون تحديد الإعاقة بناء على تقرير نفسى.

٣- تتولى لجنة فحص طالبى التأهيل تقرير صرف البطاقة للطالب من عدمه.

٤- تسجل الحالات التى يتم الموافقة عليها بالسجل المعد لذلك (نموذج رقم ٩).

٥- يتم تحصيل مبلغ وقدره جنيه واحد عن كل بطاقة كمصروفات إدارية للمكتب ويجوز الإعفاء من السداد بناء على بحث اجتماعى.

٦- يتولى المكتب إصدار البطاقة* بعد ختمها بخاتم المكتب وتسجيلها بالكشف من زصل وصورة (طبقاً للنموذج رقم ٣٤) فى نهاية كل شهر وإرسال الكشف من أصل وصورة ،والبطاقات إلى الإدارة الاجتماعية لختمها بخاتم شعار الجمهورية والاحتفاظ بصورة الكشف بملف يخصص لهذا الغرض بالإدارة الاجتماعية.

٧- يقوم المكتب بتسليم البطاقة للشخص المعوق بعد التأشير بذلك فى السجل المخصص.

٨- تجدد البطاقة بعد مضى عشر سنوات من تاريخ صدورها وفى حالة فقد البطاقة يجب تحرير محضر بالشرطة لإثبات ذلك أما فى حالة تلفها فيتم سحبها ويحصل مبلغ اثنين جنيه فى حالة بدل الفاقد أو التالف.

٩- الحالات التى حصلت على شهادات تأهيل أو ستحصل على شهادات تأهيل مستقبلاً لايتم لها فحص طبى أو تقرير نفسى أو العرض على اللجنة وإنما يقتصر فقط بالتسجيل فى السجل برقم وتاريخ قيد الحالة بسجل قيد المؤهلين.

١٠- لاتستخدم بطاقة المعوق إلا فى الجهات التى تقرر بعض التيسيرات للمعوقين كما أن هذه البطاقة لاتلغى أى بطاقة أخرى متعارف عليها بين الجبهات المعنية.

رئيس الإدارة المركزية للتنمية الاجتماعية

(عوض محمد المنيسى)

---

* انظر نموذج البطاقة ص ١٥٦.

تيسيرات بالقوانين والقرارات الوزارية والتعليمات

أولاً: بقطاع التأهيل

تشغيل الحاصلين على شهادات تأهيل بالقطاع الخاص

أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر ملزمون بتشغيل نسبة ٥٪ من عدد العاملين لديهم، وتطبق هذه النسبة على كل فرع على حدة من فروع المركز الرئيسى للمنشأة (مادة (٩) قانون ٣٩ لسنة ٧٥ والمعدلة بالقانون ٤٩ لسنة ٨٢).

تشغيل الحاصلين على شهادات تأهيل بالحكومة والقطاع العام

تخصيص نسبة ٥٪ من مجموع وظائف الجهاز الإدارى للدولة ووحدات القطاع العام لتشغيل المعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل (مادة (١٠) قانون ٣٩ لسنة ٧٥ والمعدلة بالقانون ٤٩ لسنة ٨٢).

اعفاء المعوق الحاص على شهادة التأهيل من شرط اللياقة الصحية

يعفى المعوقين المؤهلين مهنياً من شرط اللياقة الصحية بالنسبة لحالة العجز الواردة بشهادة التأهيل عند ترشيحهم للعمل (مادة ١٢٠) قانون ٣٩ لسنة ٧٥).

اعطاء الأولوية فى التعيين للمعوقين مصابى الحرب

تعطى الأولوية فى التعيين فى الوظائف والأعمال للمعوقين المؤهلين المصابين بسبب العمليات الحربية أو الغارات الجوية أو أثناء وبسبب تأدية الخدمة العسكرية والوطنية، مرشحين للتعيين منهم من شرط اجتياز الامتحان المقرر لشغل الوظيفة، ولمن يتم تعيينه منهم حق الجمع بين المرتب الذى يعين به وبين المعاش الذى يتقاضاه ٠مادة (١٣) قانون ٣٩ لسنة ٧٥).

تخصيص وظائف للمعوقين دون سواهم

تخصص وظائف للمعوقين فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات والمؤسسات والوحدات الاقتصادية التابعة لها (مادة ١٤ قانون ٣٩ لسنة ٧٥، وقرار وزير الشئون الاجتماعية ١٣٥ لسنة ٨٤ بتحديد هذه الوظائف).

تعين حملة المؤهلات الدراسية ضمن النسبة الإلزامية

يتم تعيين حملة المؤهلات الدراسية من المعوقين حاملى شهادات التأهيل ضمن النسبة الإلزامية (انظر الباب الثانى قرار وزير الشئون الاجتماعية ٢١٩ لسنة ٩٠).

ثانياً: بقطاع التعليم

تيسيرات للطلاب المعوقين

وردت باللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة

الصادرة بقرار السيد وزير التعليم رقم ٣٧ بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨

تيسيرات فى شرط السن للقبول بمدارس التربية الخاصة:

* يقبل بمرحلة التعليم الأساسى بالحلقة الابتدائية المكفوفين والصم وضعاف السمع الذين يبلغ سنهم ست سنوات ولاتتجاوز ثمانى سنوات فى أول أكتوبر، كما يقبلوا بالصف الأول بالحلقة الإعدادية حتى سن ١٧ سنة، ويجوز القبول فى حدود سنتين بالزيادة عن الحد الأقصى للسن المقرر لكل حلقة بشرط وجود أماكن خالية.

* ويقبل بالصف الأول للمرحلة الثانوية المكفوفين حتى سن ٢١ سنة، بينما يقبل الصم وضعاف السمع حتى سن ٢٢ سنة (المواد (١٠)، (١١)).

* يقبل الأطفال المتخلفون عقلياً بمدارس وفصول التربية الفكرية من سن ٦ - ١٢ سنة ويمكن أن يستمروا فى هذه المدارس حتى سن ١٨ سنة.

وبالنسبة لأقسام الإعداد المهنى للتربية الفكرية فيمكن أن يستمر الطالب بهذه الأقسام حتى سن ٢٢ سنة ويمنح مصدقة تثبت إتمام الدراسة بها (المادة ١٢).

* يقبل الأطفال المرضى والناقهون بالمدارس الملحقة بالمستشفيات بالصف الأول الابتدائى الذين يتراوح أعمارهم بين ٦-٨ سنوات، ويجوز أن تزيد اعمارهم فى حدود سنتين بالزيادة عن الحد الأعلى مع إضافة سنة لكل صف تال. كما يقبلوا بالحلقة الإعدادية بحيث لاتزيد سنهم عن ١٧ سنة فى أول أكتوبر.

رعاية اجتماعية خاصة بمدارس التربية الخاصة

* إنشاء أقسام داخلية لإقامة الطلاب فى مدارس التربية الخاصة لتوفير الإشراف والرعاية الكاملة (مادة (٢١).

* صرف ثلاث وجبات غذائية بالأقسام الداخلية ووجبة غذائية واحدة للتلاميذ بالأقسام الخارجية بمدارس التربية الخاصة (مادة (٢٢).

* صرف ملابس كاملة وبالمجان لجميع تلاميذ مدارس التربية الخاص وفصولها (مادة ٢٣).

ثالثاً: بقطاع الصحة

أجهزة تعويضية بالمجان

تصرف بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة جميع الأجهزة التعويضية بالمجان، وتعطى الوزارة أولوية مطلقة فى تدبير الموارد الخاصة بذلك.

رابعاً: قانون المرور

منح المعوقين رخصة قيادة

المادة (٢٩٥) من اللائحة التنفيذية لقانون المرور تجيز الترخيص للمعوقين برخصة قيادة سيارة خاصة (ملاكى) بشروط هى:

١- ألا يقل سن الطالب عن ١٨ سنة.

٢- ثبوت لياقته الطبية بمعرفة القومسيون الطبى المختص لقيادة سيارة خاصة معدة خصيصاً من حيث التصميم الفنى بما يناسب حالته الصحية الناشئة عن العاهة وبما يزيل أثر إعاقة هذه العاهة للقدرة على القيادة العادية.

٣- اجتيازه بنجاح اختباراً فنياً فى قيادة السيارة المصممة خصيصاً لحالته من حيث التصميم الفنى.

٤- لايجوز للمرخص له قيادة سيارة أخرى غير تلك المبينة فى البند السابق ويؤشر فى رخصة القيادة بالمداد الأحمر برقم تلك السيارة.

خامساً: قانون الجمارك

إعفاء السيارات والدراجات البخارية من الجمارك

* المادة الثانية من القرار بقانون ١٨٦ لسنة ٨٦ تنص على

إعفاء المعوق من الضرائب الجمركية وبشرط المعاينة - الأشياء وسيارات الركوب الصغيرة المجهزة تجهيزاً طبياً خاصاً الواردة برسم المرضى والمعوقين -، ولفظ الأشياء يندرج تحته كل ما هو مادى ومن ثم يشمل سيارات الركوب المجهزة والدراجات البخارية المجهزة تجهيزاً طبياً خاصاً، (خطاب السيد وزير المالية بتاريخ ٢٧/ ٧/ ٨٧ الموجه لوزارة الشئون الاجتماعية). هذا ويشترط قيادة المعوق للسيارة بنفسه، وثبوت إمكانيته للإنفاق عليها وصيانتها وبحيث لاتتجاوز قوة محرك السيارة أربعة سلندرات والسعة اللترية لها لاتزيد عن ١٥٠٠ سم ٣.

سادساً: السكك الحديدية

تنص المادة (٧) والمادة (٨) من لائحة امتيازات السفر الواردة ضمن القرار

الجمهورى رقم ٢١٩٠ لسنة ١٩٦٧ بشأن تعديل أجور سفر الركاب بالسكك الحديدة على:

سفر مشوهو الحرب بربع أجرة

يسافرون بربع أجرة وتكون التذكرة صالحة للعودة مجاناً.

سفر المكفوفين بنصف أجرة

يمنح المكفوفون الحاملون لبطاقات المكفوفين التى تصرف لهم من الوحدات الاجتماعية تخفيضاً قدره ٥٠٪ من أجور الاشتراكات والتذاكر الفردية على جميع خطوط السكك الحديدية وفى حالة وجود مرافق للكفيف يعتبر الكفيف ومرافقة فرداً واحداً، وتصرف لهما تذكرة واحدة بأجرة كاملة.

سابعاً: تيسيرات متنوعة

ركوب الكفيف ومرافقه مترو الأنفاق بنصف أجرة

يسمح للكفيف ومرافقة بركوب مترو الأنفاق، بنصف تذكرة، كما يمنح الكفيف أيضاً تخفيض فى السفر بموجب اشتراك سنوى، وتختم الاستمارة الخاصة باستخراجه من الشئون الاجتماعية بخاتم شعار الجمهورية، ويجدد بعد ذلك الاشتراك سنوياً بدون اعتماد من الشئون الاجتماعية (خطاب رئيس جهاز تشغيل مترو الانفاق رقم ٩٨/ ٢/ ٢ بتارى ٣/ ٩/ ٨٩ الموجه لوزارة الشئون الاجتماعية).

منحة للطالب الجامعى الكفيف

تصرف منحة شهرية قدرها ١٠ جنيه لكل طالب جامعى كفيف طوال فترة الدراسة الجامعية ولمدة ١٢ شهر فى السنة، ويستمر صرفها ما لم يستنفذ مرات الرسوب.

دخول المسارح مجاناً

يمنح المعوق بطاقة دخول مجانية لجميع مسارح قطاع المسرح التابعة للمجلس الأعلى للثقافة، بناء على بطاقة إثبات شخصية المعوق التى يتم استخراجها من جمعيات تأهيل المعوقين (كتاب المراقبة العامة للعلاقات العامة بالمجلس الأعلى للثقافة بتاريخ ١٣/ ٨/ ١٩٨٠ الموجه لوزارة الشئون الاجتماعية.

الأولوية فى تنفيذ مشروعات الأسر المنتجة

منح المعوقين المؤهلين مهنياً الأولوية فى تنفيذ مشروعات الأسرة المنتجة لتحسين أوضاعهم واستقرارهم كتوجيهات الدكتورة وزيرة الشئون الاجتماعية (خطاب الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى رقم ١٠٩٧ بتاريخ ٣٠/ ٦/ ٩١ الموجه لمديريات الشئون الاجتماعية بالمحافظات).

المناطق والمتاحف الأثرية مجاناً

إعفاء المعوقين المصريين من أى رسوم لدخول المناطق والمتاحف الأثرية (موافقة

الدكتور رئيس هيئة الأثار المصرية المبلغة لكافة الجهات المعنية بكتاب السيد رئيس الإدارة المركزية للشئون المالية بالهيئة رقم ٧١٤ بتاريخ ٢٠/ ٤/ ١٩٨٦).

ثامناً: تيسيرات محلية بالمحافظات

أصدرت بعض المحافظات تيسيرات للمعوقين من أبنائها ... كل حسب ظروف كل محافظة وامكانياتها. ومن هذه التيسيرات.

محافظة القاهرة

* تخصيص نسبة ٥٪ من المساكن الشعبية للمعوقين.

* ركوب حالات الشلل والبتر، وتشوهات العمود الفقرى، الجذام، الهيموفيليا اتوبيسات هيئة النقل العام بمدينة القاهرة مجاناً.

محافظة الإسكندرية

بتاريخ ١٥/ ٤/ ٩٢ صدر قرار المجلس الشعبى المحلى لمحافظة الإسكندرية بالموافقة على ركوب المعوقين للمواصلات التابعة لهيئة النقل العام بمحافظة الإسكندرية بالمجان.

تخصيص نسبة من المساكن الحكومية للمعوقين.

محافظة البحيرة

* توقيع الكشف الطبى وعلاج المعوقين من أبناء المحافظة بالمجان بمستشفيات ووحدات مديرية الشئون الصحية بمحافظة البحيرة «موافقة السيد المحافظ بتاريخ ٧/ ١٢/ ٩١».

محافظة الغربية

* تخصيص نسبة ٣٪ من النسبة المحددة لحالات الطوارئ لشغل المساكن الاقتصادية التى تقيمها الوحدات المحلية بدائرة المحافظة لصالح المعوقين «قرار السيد المحافظ رقم ١١١ بتاريخ ٧/ ٣/ ١٩٨٥).

محافظ كفر الشيخ

* صدرت قرار لجنة السيارات بكفر الشيخ بتاريخ ١٤/ ٧/ ٩١ بالسماح للعاملين المدنيين

المعوقين بركوب سائر المواصلات مجاناً داخل المحافظة، (خطاب اللجنة رقم ٧٥٧ بتاريخ ٩/ ١٠/ ١٩٩١ الموجه لمديرية الشئون الاجتماعية).

* بناء على قرار المجلس الإقليمى للتأهيل بتاريخ ٩/ ٣/ ٩٢ صدر قرار السيد المحافظ بإعفاء طلبة مدارس التربية الفكرية ومدارس الصم والبكم من نسبة من أجر المواصلات، والاعفاء التام من الأجرة للمكفوفين «خطاب المحافظة لمديرية الشئون

الاجتماعية رقم ٣٤٥ بتاريخ ١٧/ ٥/ ٩٢».

* تم تخصيص نسبة ٢ ٪ من الاسكان للمعوقين «قرار مجلس مدينة كفر الشيخ المبلغ لمديرية الشئون الاجتماعية بالخطاب رقم ٨٣٣٠ بتاريخ ٢٣/ ٥/ ٩٢».

محافظة الدقهلية

* صدر قرار السيد محافظ الدقهلية رقم ٥٩٩ بتاريخ ٥/ ٨/ ١٩٩٠ بالسماح للمعوقين بركوب سيارات الميكروباص والاتوبيس التابعة لمشروعات النقل الداخلى بالمحافظة «بنصف أجرة» بعد الإطلاع على بطاقة المعوق المعتمدة من مديرية الشئون الاجتماعية والإدارات الاجتماعية التابعة لها.

محافظة الاسماعيلية

* صدر قرار السيد محافظ الاسماعيلية بالسماح للمعوقين بركوب المواصلات الداخلية مجاناً.

* للمعوقين الحق فى دخول المسارح ودور السينما الموجودة بالمحافظة مجاناً.

محافظة دمياط

* تخصيص نسبة ٢ ٪ من اسكان المحافظة للمعوقين، ولهم الأولوية فى الحصول على الطابق الأرضى.

* للمعوقين الحق فى دخول سينما ومسرح قصر الثقافة بدون رسوم.

* للمعوقين (حالات البتر والشلل) ركوب المواصلات الداخلية مجاناً.

محافظة المنيا

* تخصيص نسبة ٣ ٪ من المساكن الحكومية للمعوقين.

* منح تخفيض للمعوقين فى أجور ركوب الاتوبيسات داخل المحافظة.

* منح تخفيض للمعوقين فى قيمة اشتراكات الأندية.

* قيام اللجنة الفرعية لمعونة الشتاء بسداد قيمة الأجهزة التعويضية لغير القادرين من المعوقين.

محافظة أسوان

* صدر قرار السيد محافظ أسوان رقم ١٦٩ لسنة ١٩٩٠ بتخصيص نسبة قدرها ٢ ٪ من الوحدات السكنية منخفضة التكاليف التى تقيمها المحافظة للمعوقين.